

Aus der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Klinikdirektor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Thomas Ruzicka

**Frontalunterricht – eine unterschätzte Alternative für die
HIV/STI-Prävention bei Jugendlichen**

**Eine Studie zur Effektivität einer außerschulischen Präventionsmaßnahme
im Setting ‚Hörsaal‘**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Kai Kundrath

aus

Biberach a. d. Riss

Mai 2016

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	<u>Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Thomas Ruzicka</u>
Mitberichterstatter:	<u>Priv. Doz. Dr. phil. Karsten Stegmann</u>
Mitberichterstatter:	<u>Prof. Dr. med. Martin Fischer, MME</u>
Mitberichterstatter:	<u>Prof. Dr. med. Michael Meyer</u>
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	<u>Dr. rer. biol. hum. Stefan Zippel</u>
Dekan:	<u>Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel</u>
Tag der mündlichen Prüfung:	<u>21.04.2016</u>

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	4
2.1 HIV-Prävention in Deutschland und die Rolle der sexuell übertragbaren Infektionen	4
2.2 Sexuaufklärung als Prävention im Jugendalter	7
2.2.1 Jugend und Sexualerziehung	7
2.2.2 Sexuaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns	10
2.3 Gesundheitliche Risiken jugendlicher Sexualität	13
2.4 Risiko- und Verhütungsverhalten Jugendlicher	16
3. ZUR ERHEBUNG DER EFFEKTIVITÄT VON PRÄVENTIONSMAßNAHMEN	18
3.1 HIV/STD-Prävention und deren Effektivität bei Jugendlichen	18
3.2 Modelle zur Erfassung einer Änderung des Gesundheitsverhaltens	20
4. FORSCHUNGSINTERESSE UND FORSCHUNGSDESIGN	23
4.1 Gegenstand der Untersuchung	23
4.1.1 Die Vorlesung „Risiken der HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten“	23
4.2 Forschungsinteresse	25
4.3 Studiendesign	28
4.3.1 Feedback-Bogen-Erhebung	28
4.3.2 Fragebogen-Erhebung	29
4.3.3 Leitfaden-Interviews	32
5. ERGEBNISSE DER STUDIE	34
5.1 Befragungsergebnisse zur Zufriedenheit der SchülerInnen	34
5.1.1 Auswertung der Feedback-Bögen	34
5.1.2 Ergebnisse zur Zufriedenheit der SchülerInnen	35

5.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Zufriedenheitsbefragung	39
5.2 Befragungsergebnisse zur Fragebogen-Erhebung	44
5.2.1 Auswertung der Fragebögen	44
5.2.2 Kenntnisse zum Thema sexuell übertragbarer Infektionen	44
5.2.2.1 Kenntnisse in der Kontroll- und Interventionsgruppe	46
5.2.2.2 Geschlecht und Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen	48
5.2.2.3 Schulart und Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen	49
5.2.2.4 Migrationshintergrund und Kenntnisse zu sexuell übertragbare Infektionen	52
5.2.2.5 Bildungsstatus der Eltern und Kenntnisse über sexuell übertragbaren Infektionen	54
5.2.2.6 Veranschaulichung der Ergebnisse der Kenntnisabfrage über sexuell übertragbare Infektionen	57
5.2.2.6.1 Kenntnisse zum Kondomschutz	57
5.2.2.6.2 Kenntnisse über Körpersignale	58
5.2.2.6.3 Kenntnisse zu HIV-übertragende Flüssigkeiten	59
5.2.2.6.4 Kenntnisse: HIV-Antikörpertest	60
5.2.3 Risikoeinschätzung zur Ansteckung mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion	62
5.2.3.1 Risikoeinschätzung – Vergleich Kontroll- und Interventionsgruppe	63
5.2.4 Kriterien zur Kondomnutzung	64
5.2.5 Präventive Haltung	66
5.2.6 Bereitschaft, sich beim Arzt über Verhütungsmittel beraten zu lassen	68
5.2.7 Impfstatus: Hepatitis A und B und humane Papillomviren (HPV)	69
5.2.8 Bereitschaft des Freundeskreises zur Kondomnutzung	71
5.2.9 HIV-Antikörpertest ‚gedacht, geplant, gemacht‘	72
5.2.10 Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen	73
5.2.11 Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung – HIV oder andere STD – sprechen	75

5.2.12 Geschlechtsverkehr ohne Kondom	77
5.2.13 Beziehungsstatus der Jugendlichen	80
5.2.14 Zusammenfassung: Die Nachhaltigkeit der Vorlesung	80
5.3 Auswertung der Interviews	83
5.3.1 Kurzprofile der Interviewten	83
5.3.1.1 Saskia	83
5.3.1.2 Bernd	84
5.3.1.3 Fabian	85
5.3.1.4 Pit	86
5.3.1.5 Matthias	86
5.3.1.6 Monika	87
5.3.1.7 Ramona	87
5.3.1.8 Nina	88
5.3.1.9 Nora	89
5.3.1.10 Andrea	89
5.3.1.11 Melanie	90
5.3.1.12 Vanessa	90
5.3.1.13 Julia	91
5.3.1.14 Sarah	91
5.3.1.15 Esther	91
5.3.1.16 Anna	91
5.3.1.17 Ralf	92
5.3.1.18 Sebastian	92
5.3.1.19 Lydia	92
5.3.1.20 Paula	93
5.3.1.21 Martin, Uli, Max	93
5.3.2 Bewertung der Veranstaltung	94
5.3.2.1 Die Veranstaltung – ein erster Eindruck	94

5.3.2.2	Rolle des Vortragenden	97
5.3.2.3	Aufbereitung der Thematik und verwendete Materialien	98
5.3.2.4	Interpretation zur Wirkung der Veranstaltung	100
5.3.3	Nachhaltigkeit – Erinnerungen an den Vortrag	103
5.3.3.1	Nachhaltigkeit – SchülerInnen als Multiplikatoren	106
5.3.3.2	Nachhaltigkeit – Wirkung der Veranstaltung	109
5.3.3.3	Nachhaltigkeit – Wissenszuwachs	111
5.3.3.4	Sexualaufklärung	112
5.3.3.5	Sexualaufklärung in der Schule	112
5.3.3.6	Sexualaufklärung – allgemein	114
5.3.3.7	Sexualaufklärung und Freundeskreis	115
5.3.3.8	Sexualaufklärung und Eltern	116
5.3.4	Jugendliches Sexualverhalten - eine Selbsteinschätzung	117
5.3.5	Verhütungsverhalten: eine Selbsteinschätzung	118
5.3.6	Sexualerfahrungen und Prävention – eine Selbsteinschätzung	121
5.3.7	Jugend und HIV	123
5.3.8	Jugend und sexuell übertragbare Krankheiten – eine Selbsteinschätzung	125
6.	DISKUSSION: DIE EFFEKTIVITÄT DER VORLESUNG	127
7.	Literaturverzeichnis	136
8.	Abbildungsverzeichnis	146
9.	Tabellenverzeichnis	149
10.	Abkürzungsverzeichnis	150
11.	Anhang	151
11.1	Feedbackbogen zur Erhebung der Zufriedenheit der SchülerInnen	151
11.2	Fragebogen zur Erfassung der Effektivität der Veranstaltung	152
11.3	Interview-Leitfaden – Befragung direkt nach der Vorlesung	156
11.4	Interview-Leitfaden – Befragung drei Monate nach der Vorlesung	157

INHALTSVERZEICHNIS

Danksagung	159
Eidesstattliche Versicherung	160

1. EINLEITUNG

Schülerinnen und Schüler können hierzulande vieles: Sie können – je nach Schulart – Texte aus dem Lateinischen ins Deutsche übersetzen, beherrschen mathematische Formeln und haben Kenntnisse in Politik und Geschichte. Wenn es aber darum geht, Fragen und Wünsche zu ihrer sich entwickelnden Sexualität zu formulieren oder darum, wie sie bei Sexualkontakten sich und ihre Gesundheit am besten schützen können, wie sie Frühsymptome sexueller Infektionen erkennen oder welche Spätfolgen dieselben haben können, stoßen Schülerinnen und Schüler regelmäßig an die Grenzen ihres Wissens. Auch wenn in unserer Gesellschaft vor Jahrzehnten die sexuelle Befreiung gefeiert wurde und Jugendliche heute Zugang zu allen möglichen Sexualpraktiken auf Youporn haben – über die Gefahren des ungeschützten Sex, abgesehen von unerwünschten Schwangerschaften, wissen Jugendliche kaum etwas. Zudem ist ein entspannter Umgang mit der eigenen Sexualität für Jugendliche noch heute keineswegs selbstverständlich (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010). Zuständig für die Vermittlung dieses Wissens ist neben dem Elternhaus die Schule. Erst kürzlich jedoch hat der Bayerische Lehrerinnen- und Lehrerverband (BLLV) vor unzureichendem Sexualkundeunterricht in der Schule gewarnt: „Weil umfassende und offene Aufklärung an den Schulen rar ist, werden Heranwachsende mit ihren Problemen oft alleingelassen“, kritisierte BLLV-Präsident Klaus Wenzel (Bayerische Staatszeitung 2012). Nicht umsonst fordert der BLLV eine zentrale Stelle im bayerischen Kultusministerium, die die Schulen fachkundig berät und aktuelle Entwicklungen – etwa im Bereich Internet – im Blick hat (vgl. ebenda). Auch der bayerische Elternverband (BEV) ist mit der im Unterricht vermittelten Sexualerziehung alles andere als zufrieden. Die BEV-Vorsitzende Maria Lampl hat beobachtet, dass viele Lehrerinnen und Lehrer bei diesem Thema überfordert sind.¹ Die Folge sei, dass Lehrer dieses Thema im Unterricht vermeiden. „So lernen die Kinder früh: „Sexualität ist etwas, worüber man nicht spricht“, klagt Lampl (vgl. ebenda). Hinzu kommt, dass Themen der Sexualkunde in Bayern nicht prüfungsrelevant sind.² In Finnland sieht dies ganz anders aus. Dort wurden von 1996 bis 2006 die Unterrichtsstunden zur Sexualerziehung in den Klassen sieben und acht verdoppelt. Die Erhöhung der Stundenzahl korreliert sehr stark mit dem Wissensstand der Schülerinnen und Schüler, vor allem bei den Jungen. Sie

¹ Maria Lampl: „Ich habe bei Elternabenden manchen Lehrer erröten sehen.“ (Bayerische Staatszeitung 2012).

² Es ist pädagogisch sinnvoll, keine mündlichen und schriftlichen Leistungsnachweise über Fragen der menschlichen Sexualität einzufordern. Entsprechend geregelt ist dies in den "Richtlinien für Familien- und Sexualerziehung an bayerischen Schulen" (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2002).

entwickelten bessere Fähigkeiten im Umgang mit ihrer Sexualität sowie ein geringeres Risikoverhalten.³

In Ergänzung zum schulischen Sexualkundeunterricht besteht in Oberbayern seit 2008 ein externes Angebot zur Sexualaufklärung, das sich an Schülerinnen und Schüler der Klassen acht bis elf wendet. Die von der Universität München in deren Räumen abgehaltene dreistündige Vorlesung „Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten“ hat bis zum Jahr 2013 insgesamt 100.000 bayerische SchülerInnen aller Schularten erreicht.

Kann eine Veranstaltung von drei Stunden Dauer, die noch dazu im Hörsaal des Uniklinikums stattfindet, mithin klassischer Frontalunterricht ist, einen nachweisbaren Effekt auf die Jugendlichen haben? Wie zufrieden sind die SchülerInnen mit dieser Vorlesung und der Vermittlungsmethode? Wissen die Jugendlichen nach dem Besuch der Vorlesung mehr als zuvor? Hat dieses Wissen eine Verhaltensänderung zur Folge?

Diese Fragen soll die vorliegende Studie beantworten. Dazu wurden die Zufriedenheit, die Kenntnisse und Einstellungen von über eintausend Schülerinnen und Schülern abgefragt und die Ergebnisse durch einzelne Gruppeninterviews gestützt und ergänzt. Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist außerdem, die Art der Wissensvermittlung durch den Vortragenden zu beleuchten und darzulegen, ob und weshalb die Vorlesung geeignet ist, ausgeweitet zu werden.

Der erste Teil der Studie gibt einen allgemeinen Überblick über die HIV-Prävention in Deutschland. Darauf folgend wird die Sexualaufklärung im Unterricht in Bayern und die damit verbundene Problematik thematisiert. Am Beispiel von Chlamydien wird ein weiteres Risiko für die jugendliche Sexualität dargestellt, das in der Schule nicht vermittelt wird. Abschließend wird auf das Verhütungsverhalten von Jugendlichen eingegangen und die einflussnehmenden Faktoren werden aufgezeigt. Dies soll verdeutlichen, dass es verschiedene Präventionsansätze für verschiedenen Bedarf geben muss. Im zweiten Teil steht die Effektivität von Präventionsmaßnahmen im Mittelpunkt. Dazu werden unterschiedliche Präventionsstrategien und -programme sowie die Schwierigkeit ihrer Bewertung vorgestellt. Des Weiteren wird auf zwei psychologische Modelle zur Erfassung einer Änderung von Gesundheitsverhalten eingegangen, um anschließend im dritten Teil

³Außerdem ging die Zahl der Jugendlichen, die bereits mit 14 und 15 Jahren anfangen, Sex zu haben, zurück – ebenso wie die Zahl derer, die keine Verhütungsmittel benutzen. Zudem sank die Zahl der Abtreibungen von Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren. Es zeigt sich schließlich ein wenn auch schwacher Effekt, in Bezug auf die Prävention von Geschlechtskrankheiten (vgl. Apter 2011: 5f.).

der Studie auf das Forschungsinteresse und Forschungsdesign einzugehen. Dabei werden die Vorlesung und die zu prüfenden Hypothesen vorgestellt.⁴

Im letzten Teil erfolgt zunächst die Präsentation der quantitativen Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit der SchülerInnen und der Nachhaltigkeit der Vorlesung. Anschließend stützt die Interviewbefragung die quantitativen Ergebnisse und gibt zudem einen Überblick über die Themen Sexualaufklärung, Sexual- und Verhütungsverhalten, HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen aus Sicht der Jugendlichen. Diese Ergebnisse werden abschließend diskutiert und die Vorlesung auf dieser Basis beurteilt.

⁴ Durch einen Feedback-Bogen zur Zufriedenheit der SchülerInnen und einen Fragebogen wurden zunächst quantitative Daten erhoben, die anschließend durch qualitative Gruppeninterviews erweitert und gestützt wurden.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 HIV-Prävention⁵ in Deutschland und die Rolle der sexuell übertragbaren Infektionen

Mittlerweile ist es über 30 Jahre her, dass das Krankheitsbild AIDS das erste Mal beschrieben wurde (vgl. Centers for Disease Control and Prevention 1981 & 2001). Die hauptsächlich sexuelle Übertragung, aber auch die Übertragung durch intravenösen Drogengebrauch des HI-Virus führte zu einer Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen (vgl. Gauweiler 1989). Bis heute ist die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) besonders betroffen, gefolgt von heterosexuell Infizierten und Migranten aus Hochprävalenzregionen. Die Prävalenz der intravenösen Drogengebraucher ist über die Jahre zurückgegangen (vgl. Hamouda et. al. 2007; Robert Koch Institut 2010d).

In den westlichen Industriestaaten kam es – historisch betrachtet – nach der Identifizierung des HI-Virus zu einem Rückgang der Neuinfektionen, der auf eine Verhaltensänderung in den Betroffenengruppen zurückzuführen ist. Ein weiterer Rückgang konnte ab der Einführung der hochwirksamen retroviralen Therapie ab 1995 beobachtet werden (vgl. Rosenbrock 1986; Deutscher Bundestag 1990; Gürtler 2007: 397; Hamouda et. al. 2007). Die Verhaltensänderung in den Betroffenengruppen ist auf die aufwendig betriebene Präventionsarbeit zurückzuführen. Im Gegensatz zu dem bis zu diesem Zeitpunkt

⁵ Die Veröffentlichung der Ottawa-Charta der World Health Organisation (1986) schuf eine neue Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Handlungsfeldern und vereinte vormals unterschiedliche Entwicklungen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001: 38). Das Gesundheitsverhalten soll dort beeinflusst werden, wo es entsteht, um lebensstilbedingte Risiken zu vermindern. Die Vermittlung von Kompetenzen soll Voraussetzungen dafür schaffen, damit die Menschen die Bedingungen ihren Gesundheitszustand selbst steuern können (vgl. World Health Organisation 1986). Der Begriff Prävention meint Krankheitsverhütung mit dem Ziel, Krankheiten zu verhindern, zu reduzieren oder zu verzögern (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001: 22). Prävention lässt sich bezüglich einer Krankheit in drei Phasen unterteilen: Primärprävention umfasst alle Maßnahmen und Strategien vor Eintritt einer fassbaren Schädigung – die Vermeidung von Krankheit. Die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung von Krankheiten ab – um ihnen optimal entgegenzuwirken. Tertiärprävention beinhaltet Maßnahmen, die nach Eintritt einer Krankheit zum Zuge kommen, um bleibende Einschränkungen sowie insbesondere sozialen Folgen dauerhafter Behinderungen möglichst zu verhindern beziehungsweise zu reduzieren (vgl. Hurrelmann 2007: 31ff.). Bei der Gesundheitsförderung handelt es sich um einen Prozess, der allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll, um ihnen dadurch zu einer Stärkung ihrer Gesundheit zu verhelfen. Hierzu zählen neben der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse, des Wahrnehmens von Wünschen und Hoffnungen auch das Wissen, wie der Einzelne sein Leben meistern und verändern kann, um zu körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden zu gelangen (vgl. World Health Organisation 1986). Gesundheitsförderung setzt bei der „Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potentiale an“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001: 23). Der Begriff der Gesundheitsförderung ist damit weiter gefasst als der der Krankheitsprävention. Jedoch sind sie nicht konträr zueinander und können als sich ergänzende Modelle betrachtet werden, da sie die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und des Einzelnen als Ziel haben. Wenn heutzutage von Prävention (vor allem Primärprävention) die Rede ist, ist der Prozess der Gesundheitsförderung meist impliziert.

genutzten ‚Old Public Health‘⁶ Ansatz, der als Seuchenstrategie bezeichnet werden kann, wurde auf den Gedanken des gesellschaftlichen Lernens gesetzt (vgl. Marcus 2007: 413; Pott 2007).

In Deutschland wurde 1987 die nationale AIDS-Präventionskampagne⁷ „Gib AIDS keine Chance“ gestartet. Sie war als soziale Aufklärungs- und Lernstrategie konzipiert, die die ganze Bevölkerung und speziell die verschiedenen Betroffenenengruppen innerhalb der Bevölkerung ansprechen sollte. Vermittelt wurden die wichtigsten Aufklärungsinhalte, Ansteckungsrisiken und Schutzmöglichkeiten und ebenso die Motivation, diese anzuwenden. Zudem wurde der Fokus auf die Eindämmung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Betroffenen gelegt (vgl. Bonfadelli 1988; Rosenbrock 1992; Bundesministerium für Gesundheit 1999). Für die Umsetzung des umfassenden Präventionsprojekts wurde eine Kooperationsstruktur entwickelt, in der staatliche und nichtstaatliche Stellen eng zusammenarbeiteten, um die relevanten Zielgruppen in ihren sozialen Milieus, ihren Lebensstilen und ihrer unterschiedlichen Sprache zu erreichen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1987).⁸ Ergebnis dieser Präventionsstrategie war schon kurz nach Beginn der Kampagne ein hoher Informationsstand in der Bevölkerung, der im weiteren Verlauf aufrechterhalten werden konnte (vgl. Pott 2007). Die Kampagne führte zu einem Anstieg der Kondomnutzung in Bevölkerungsgruppen mit größerem Infektionsrisiko und zu einem Rückgang von Stigmatisierungs- und Ausgrenzungstendenzen⁹ (vgl. Christiansen & Töppich 2000). Ebenso war ein Rückgang der HIV-Neuinfektionen und im internationalen Vergleich eine

⁶ Der Begriff ‚Old Public Health‘ bezieht sich auf die oft angewendete Seuchenstrategie, die auf Zwangsmittel zurückgreift und in möglichst kurzer Zeit alle Infektionsquellen identifiziert und diese stilllegt. Zwangsstrategien haben bei sexuell übertragbaren Erkrankungen in der Vergangenheit nur dann zum Erfolg geführt, wenn alle Betroffenen unter totaler Kontrolle gehalten wurden. War dies nicht der Fall, blieben die erwünschten Effekte aus. In der Gesundheitspolitik sind diese Zwangsstrategien meistens symbolische Aktivitäten ohne jegliche verhaltenswissenschaftliche Fundierung. Diese Aktivitäten können als eine Art Moralpolitik verstanden werden, die nur zur Diskriminierung von bestimmten Gruppen beiträgt (vgl. Brandt 1987).

⁷ Diese nationale AIDS-Präventionskampagne wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Mehrebenen-Kampagne entwickelt. Es zählen massenmediale und individalkommunikative Bestandteile dazu, die durch weitere Elemente wie persönliche oder anonyme Telefonberatung und heute das Internet, unterstützt werden (vgl. Töppich & Christiansen 1992: 133f.) Durch die verschiedenen Elemente dieses Mehrebenen-Präventionskonzepts findet eine Verstärkung statt, um so durch die massenmediale Kommunikation die breite Bevölkerung zu erreichen. Die personalkommunikativen Angebote konnten die relevanten Zielgruppen zusätzlich vertiefend ansprechen (vgl. Damm et al. 1990: 98ff).

⁸ Auf Bundesebene gibt es bis heute eine enge Zusammenarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), was sich auf lokaler Ebene durch ein Zusammenwirken von Gesundheitsämtern und den lokalen AIDS-Hilfen widerspiegelt. Hierzu gehören weitere Kooperationspartner wie Fernseh- und Rundfunksender, Drogenberatungsstellen, Pro-Familia-Beratungsstellen etc. (vgl. Pott 2007: 423).

⁹ Zur Erhebung des Rückgangs von Stigmatisierungs- und Ausgrenzungstendenzen wurde das Meinungsklima im Hinblick auf Menschen mit HIV und AIDS erfasst.

niedrigere Rate von HIV-Infektionen erkennbar (vgl. Pott 2007: 425). Seit Mitte der 1990er Jahre ist das Präventionsverhalten wieder rückläufig. Dies liegt laut Untersuchungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004b) daran, dass die Reichweite des Informationsangebotes abnahm. Ein geringeres Aufklärungsangebot und eine geringere Reichweite der einzelnen Präventionsangebote führten dazu, dass weniger Menschen mit weniger Medien erreicht wurden (vgl. Pott 2007: 426).

Rosenbrock (2007) bestätigt den Rückgang des Safer-Sex-Verhaltens und attestiert der deutschen AIDS-Prävention eine Krise. Vor allem, so sagt er, weil die Anzahl der heterosexuell erworbenen Infektionen in Deutschland 2006 erstmalig die der Infektionen von Menschen aus Hochprävalenzländern übersteige (vgl. ebd.: 432). Die Prävention von HIV/AIDS betrifft nicht nur bestimmte Zielgruppen, sondern – wie von der deutschen Kampagne „Gib AIDS keine Chance“ beabsichtigt – die gesamte Bevölkerung. Dies lässt auf eine Abnutzung schließen, die die beste Kampagne früher oder später erfährt, hinzu kommt die heutige Normalisierung von HIV (vgl. Rosenbrock et. al. 2002; Rosenbrock 2007: 436; Rosenbrock & Schmidt 2012). Obwohl HIV (& AIDS) heute viel besser behandelbar ist als noch vor einiger Zeit, bleiben Aufklärungskampagnen das wichtigste Mittel zur Bekämpfung der Epidemie. Zudem müssen die Synergien zwischen HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten in Präventionskampagnen berücksichtigt werden, da die sexuell übertragbaren Krankheiten die HIV-Infektion begünstigen (vgl. Brockmeyer & Potthoff 2010). Der Anstieg der sexuell übertragbaren Krankheiten in Deutschland lässt sich ebenfalls zurückführen auf einen Rückgang der Schutzmotivation. Zudem ist besonders auffällig und besorgniserregend, dass der Großteil der deutschen Bevölkerung fast kein Wissen über jene anderen sexuell übertragbaren Krankheiten besitzt (vgl. Pott 2007: 428; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003 & 2004b)¹⁰ – also über solche Krankheiten, die, wenn sie unbehandelt und unerkannt bleiben, oft zu gesundheitlichen Komplikationen führen können (vgl. Robert Koch Institut 2009a; Robert Koch Institut 2005), ganz abgesehen von der oben schon genannten Begünstigung einer HIV-Übertragung.

Zweifellos bedarf die bisherige Präventionsstrategie einer Modifizierung und Erweiterung. Sexuell übertragbare Krankheiten müssen heutzutage im Rahmen einer guten HIV/AIDS-Prävention thematisiert werden, genauso wie deren Nachweis und Vorbeugung (vgl. Brockmeyer 2011; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012). Obwohl die

¹⁰ 27% der über 16-jährigen fällt spontan neben AIDS keine andere Geschlechtskrankheit ein (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004b).

„Gib AIDS keine Chance“-Kampagne in Deutschland sehr erfolgreich war und ist, werden die Möglichkeiten einer flächendeckenden Sexualprävention nicht genutzt. So könnte schon allein über den Schulunterricht ein Grundstock an Kenntnissen und präventiven Verhaltensmaßnahmen vermittelt werden, die sich dann der gesamten Bevölkerung erschließen. Die Lehrpläne in Deutschland unterscheiden sich nach Bundesländern, und HIV/AIDS wird oft nur aus biologischer Sicht behandelt. Im besten Fall werden Stigmatisierungen thematisiert. Andere sexuell übertragbare Krankheiten werden gar nicht vermittelt (vgl. Kapitel I, 2.2.2 Sexuaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns).

2.2 Sexuaufklärung als Prävention im Jugendalter

2.2.1 Jugend und Sexualerziehung¹¹

Nach dem Kindesalter und zu Beginn der Adoleszenz setzt die Zeit der Selbstwerdung und der Identitätsfindung¹² ein, die – in den meisten Fällen – über eine Identifizierung mit dem gleichen Geschlecht vollzogen wird und als vorbereitende Gestaltung der seelisch-sozialen Beziehung zum anderen Geschlecht dient (vgl. Fatke 1991: 129). Die Jugend ist die Zeit der Identitätsbildung, der Auseinandersetzung mit den körperlichen Veränderungen und der emotionalen Abnabelung von den Eltern. Das Thema ‚Liebe‘ – zum anderen Geschlecht, oder auch zum eignen – wird wichtig im Leben der Jugendlichen.¹³ Es entsteht

¹¹ Obwohl die Begriffe Sexualerziehung und Sexuaufklärung zu unterscheiden wären, werden im weiteren Verlauf die Begriffe synonym verwendet. Sexualerziehung im Sinne einer Vermittlung von Werten (ethische, soziale, psychologische, hygienische und ökonomische Probleme der Partnerschaft und Ehe) kann ebenso durch verschiedenste Sexuaufklärungsangebote erfolgen (vgl. Sielert 2011: 28)

¹² Als Identität wird eine Übereinstimmung des eigenen Selbst, inklusive der sexuellen und emotionalen Orientierung, mit einer kompatiblen Lebensweise verstanden, welche sich durch Auseinandersetzung und damit Übereinstimmung und Abgrenzung eines Bezugsrahmens ergibt (Fatke 1991: 135ff.).

¹³ An dieser Stelle soll auf die Homosexualität eingegangen und die Problematik der Identitätsfindung und Entwicklung eines ‚gesunden‘ Sexualitäts- und Beziehungsverhalten verdeutlicht werden. Angesichts des gesellschaftlichen Wandels und der Individualisierung ist zu erkennen, dass sich aufgrund der vermehrten Chancen, aber auch Anforderungen an den Einzelnen, zusätzlich andere Formen der Lebensentwicklung gestalten. Wann man diese anderen Formen jedoch außer Acht lässt und die Sexualität des Individuums als Hauptausgangspunkt betrachtet, zeigt sich, dass die vorgegeben Strukturen der Lebensplanung nur durch eine gelebte Heterosexualität innerhalb dieser Gesellschaft zu erfüllen sind und gesellschaftliche Werte und Normen ausschließlich auf diese abzielen. Eine Ausnahme bildet die Gleichstellung homosexueller Paare, wobei diese jedoch als Bezugsrahmen zur Orientierung für Jugendliche nicht gelten kann und lediglich eine Möglichkeit eines Lebensentwurfs bietet, wenn eine homosexuelle Identität ausreichend entwickelt ist. Der gleichgeschlechtliche Sexualverkehr ist damit zwar als Bestandteil der gelebten Heterosexualität in diese integriert, wird aber nicht durch eine eigene Lebensweise unterstützt. Probleme treten dabei schon in der Kindheit auf, in der die Kinder abhängig vom Geschlecht die jeweilige Rolle annehmen und Werte nahe gelegt bekommen, die das Verhalten des entsprechenden Geschlechts verdeutlichen. Darauf folgt gewöhnlich die Entwicklung einer eigenen Identität in der Pubertät, welche sich auf das eigene Geschlecht bezieht und Liebe nur für das andere Geschlecht vorsieht. Bei näherer Betrachtung dieser beiden Altersabschnitte zeigt sich, dass die Kindheitsphase auch ausschließlich vom Geschlecht in Abhängigkeit zur vorgesehenen

der Wunsch nach Geborgenheit und Sexualität gleichermaßen. Einerseits ist die Zeitspanne des Jugendalters also eine Periode, in der erste sexuelle Erfahrungen gemacht werden. Dabei ist die Sexualität ein Übungsfeld, das mit Unsicherheit, Angst und Scham verbunden ist (vgl. Pro Familia 2010). Andererseits kann die Adoleszenz wegen der kognitiven Entwicklung dieses Altersabschnitts und der Identitätsfindung als eine Phase mit gesteigerter Selbstwahrnehmung bezeichnet werden (vgl. Oerter 1982: 101ff.).

Elkind (1967) nennt das einen adoleszenten Egozentrismus, der sich sowohl auf die Sozialbeziehungen der Jugendlichen als auch auf ihren Umgang mit Problemen auswirkt. So fehlt den Heranwachsenden häufig eine adäquate Bezugnahme auf das Denken und Fühlen von anderen und damit reduziert sich gleichzeitig die rationale Einschätzung im Umgang mit Risiken. Verstärkt wird dies oft durch die Überzeugung der Jugendlichen, einzigartig zu sein und dem damit verbundenen Unverwundbarkeitsdenken.

Zudem begann sich in den letzten Jahrzehnten ein genereller Wandel in der Gesellschaft zu vollziehen, der die einzelnen Individuen vor eine Vielfalt von Möglichkeiten stellt, die zwar eine Entscheidungsfreiheit vorgaukeln, jedoch mehr Unsicherheiten auf dem Weg zur Individualisierung mit sich bringen als je zuvor (vgl. Beck 1986). Der öffentliche Diskurs über Sexualität in Büchern, Zeitschriften, Fernsehen, Werbung und Presse erweckt den Anschein, dass eine absolute sexuelle Freizügigkeit möglich ist. In vielen konkreten persönlichen Beziehungen sieht dies jedoch ganz anders aus. Es herrschen Sprachlosigkeit, Gehemmtheit und Lustlosigkeit. Die Jugendlichen beziehen ihre Kenntnisse zur Sexualität aus Büchern, Talk-Shows und Magazinen und nicht zuletzt pornographischen Plattformen im Internet. Dieser Trend führt zu einem ‚Leben aus zweiter Hand‘, indem der einzelne nur als passiver Zuschauer fungiert und nicht mehr aktiv oder nur zögerlich eine Sexualität entwickelt oder lebt (Kerscher 2008: 128 ff.).

Nach Roth et. al. (2003) geht es bei primärpräventiven Gesundheitsmaßnahmen für Jugendliche darum, eine verstärktes Einbeziehen der Peergroups zu erreichen, da die Erziehung durch die Eltern zunehmend an Bedeutung verliert und die Heranwachsenden

Sexualität geprägt wird, aber noch nicht von der individuellen geschlechtsunspezifischen Sexualität abhängt. Die Adoleszenz hingegen führt zu einer Diskrepanz zwischen der eigenen Identität in Abhängigkeit der Sexualität und der in der Gesellschaft vorgelebten Werte mit der dementsprechenden Rolle, da sich die heterosexuelle Lebensweise nicht mit Homosexualität vereinbaren lässt. Dies ist bereits der Fall, wenn gleichgeschlechtliche Freunde gesucht werden, um die eigene Identität in Bezug auf das andere Geschlecht zu entwickeln. Das Leben zweier Männer außerhalb aller institutionellen und familiären Bindungen und außerhalb einer Kameradschaft entspricht schlicht nicht dem, was die Gesellschaft als die Rolle des Mannes vorsieht (vgl. Foucault 1984: 86f.). Hier wird das Dilemma deutlich, in dem sich homosexuell orientierte Jugendliche befinden. Sie haben einen viel komplexeren Prozess zur Erlangung ihrer eigenen Identität zu durchschreiten. Der erste Sex und die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität erfolgt meist später als bei heterosexuellen Jugendlichen und die dadurch in der Pubertät versäumten Erfahrungen können zu sexuellem Risikoverhalten beitragen.

sich eher an Freunden orientieren. Zudem sind Methoden, die auf Abschreckung durch Informationen die Risikowahrnehmung stärken wollen aufgrund der Überschätzung der eigenen Möglichkeiten und der Unterschätzung des Eintretens unerwünschter Folgen wenig effektiv. Primärprävention bei Jugendlichen kann nur dann die Ausgangssituation fehlenden Leidensdrucks überwinden, wenn sie auf die Bedürfnisse nach Bindung, Kontrolle und Selbstwerterhöhung der Jugendlichen abzielt. Dadurch kann die intendierte Werthaltung, die Fähigkeiten und Erwartungen von Selbst- und Handlungswirksamkeit handlungsleitend sein (vgl. ebd.: 402 ff.). Ähnlich zeigt das der Ansatz einer emanzipatorischen Sexualerziehung, der auf eine positive Körperaneignung abzielt. Dabei geht es nicht nur um die Vermittlung von faktischem Wissen, sondern vor allem um eine Ich-Stärkung. Diese Ich-Stärkung führt wiederum zu einer Sensibilität, Zärtlichkeit und einer Differenziertheit ohne Normierungen und ermöglicht es, Sexualität als ganzheitliche Körpererfahrung zu vermitteln (vgl. Hasenhüttl 1997: 157).

Lange Zeit war es nur den Eltern zugedacht ihren Kindern eine Sexualerziehung angedeihen zu lassen, die mit der Vermittlung und Thematisierung von ethischen, sozialen, psychologischen, hygienischen und ökonomischen Problemen von Ehe und Partnerschaft einhergeht (vgl. Bundesverfassungsgericht 47, 46, 67). Erst ab den 1970er Jahren wurde den Schulen¹⁴ ‚genehmigt‘ einen Teil dieser Sexualerziehung, im Sinne einer Aufklärung anhand von Wissen, mit Teilen der Sexualerziehung im Sexualkundeunterricht zu übernehmen. Jedoch konnten die Eltern auf eine zurückhaltende Wissensvermittlung bestehen (vgl. ebd.). Aufgrund der heutigen gesellschaftlichen Situation kommt der Schule ein stärkerer Erziehungsauftrag zu, als dies vor einigen Jahrzehnten der Fall war. Dies betrifft auch die Sexualerziehung. Von rechtlicher Seite kann das bestätigt werden. Denn eine Klage, mit dem Ziel der Reduktion der schulischen Sexualerziehung auf ein bloßes biologisches Niveau ist nicht mehr möglich (vgl. Barabas 2008: 519). Auch religiöse Gründe rechtfertigen keine Klage gegen Sexualerziehung mehr (vgl. Bundesverfassungsgericht 2009).

Hier stellt sich nun die Frage, wie die Schulen theoretisch mit diesem Erziehungsauftrag umgehen und ob sie ihm praktisch gewachsen sind.

¹⁴ Hier wurde dem Staat genehmigt über den schulischen Sexualkundeunterricht Sexuaufklärung zu betreiben.

2.2.2 Sexuaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns

Die schulische Sexualerziehung spielt eine wichtige Rolle in der Sexuaufklärung von Jugendlichen. In der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität 2010“ gibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010) an, dass vor allem Jugendliche mit Migrationshintergrund ihr Wissen rund um die eigene Sexualität durch die Schule vermittelt bekommen. Bei intimen Fragen wenden sich Jugendliche eher an Eltern und Freunde, jedoch wird keine weitere Informationsquelle so häufig genannt wie die Schule, wenn es um die Vermittlung von Wissen über Sexualität geht. Der Zugang zur schulischen Sexualerziehung ist laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010) flächendeckend und unabhängig von Geschlecht, Migrationshintergrund, Bildungsniveau und Bundesland gewährleistet. Betrachtet man die Richtlinien für die schulische Sexuaufklärung in Bayern, so soll die Sexualerziehung zu einem verantwortlichen geschlechtlichen Verhalten führen und in angemessener Weise durchgeführt, die seelischen und körperlichen Reifungsprozesse des Kindes unterstützen (vgl. Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus 2002: 1.2.1). Laut Lehrplan in Bayern ist die Sexualerziehung fächerübergreifend in Biologie, Religionslehre, Ethik, Deutsch und Sozialkunde zu verwirklichen. Es stehen drei bis zehn Stunden insgesamt je nach Jahrgangsstufe für die Sexualerziehung zur Verfügung (vgl. Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus 2002: 1.3.4). Im Zusammenhang mit der Sexualerziehung soll auch das Thema HIV und AIDS im Unterricht behandelt werden. Die Themen sollen ebenso fächerübergreifend dargestellt werden, um ein Verständnis für die Infektion und die Betroffenen zu erwirken (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 1989). Eine Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004a) zur Sexualerziehung im Lehrplan der einzelnen deutschen Bundesländer bewertet die bayerischen Vorgaben als „äußerst restriktiv“ in Bezug auf die sexualpädagogische Darstellung der Thematik. Audiovisuelle Medien erfordern von der sechsten bis zur elften Klasse einen Elternbrief und vor der sechsten Klasse sind sie den Eltern direkt vorzustellen. Obwohl die Handlungsorientierung als didaktisches Prinzip in den Fachlehrplänen aufgeführt wird, sprechen die wenigen angegebenen Mikro- und Makromethoden „fast ausschließlich die kognitiv ausgerichtete Sachkompetenz und in einigen Punkten die personale Kompetenz“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004a: 186) an. Das Unterrichtskonzept wird als nicht handlungsorientiert bezeichnet. Dies lässt darauf schließen, dass die gesetzten Ziele der Förderung eines

eigenverantwortlichen geschlechtlichen Verhaltens nicht erreicht werden. Zudem nehmen die Vorgaben der Lehrpläne für Sexualerziehung und HIV/AIDS in Bayerns Lehrplänen mit zunehmender Jahrgangsstufe ab und finden in den höheren Klassen gar keine Erwähnung mehr (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004a: 47). Gerade dort, wo aufgrund des höheren Alters und der zunehmenden Reife eine Entwicklung und Stärkung der Solidarität mit HIV-positiven Menschen möglich wäre, die zu einer Entstigmatisierung von HIV/AIDS innerhalb der Gesellschaft beitrüge, findet das Thema oft keine Beachtung mehr (vgl. Sielert 2011: 28f.).

Zudem zeigt sich im Zusammenhang von Schule und Sexualerziehung noch eine ganz andere Problematik. Hasenhüttl (1997) bezeichnet die Schule als eine „asexuelle Institution“ (ebd.: 7), was darauf schließen lässt, dass schulische Sexualerziehung kaum mit Lust und Liebe zu tun hat. Auf Probleme, Unsicherheiten und Interessen der SchülerInnen wird nicht eingegangen und die gesellschaftliche Realität und persönliche Lebenssituation der SchülerInnen und LehrerInnen wird gerne ausgeblendet (vgl. ebd.: 75). Dies zeigt sich schon allein durch den Rollenkonflikt¹⁵, der produziert wird, wenn eine Lehrkraft mit SchülerInnen über Sexualität sprechen soll. Oftmals zeigen sich hier Unsicherheiten von beiden Seiten. Die Schule ‚entsexualisiert‘ SchülerInnen und LehrerInnen gleichermaßen. Die LehrerInnen fühlen sich in der Rolle als SexualerzieherIn überfordert, was nicht zuletzt an der dürftigen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte bezüglich dieser Thematik liegt. Dadurch wird das Thema häufig auf ein sachliches Niveau der Wissensvermittlung reduziert oder ganz umgangen (vgl. ebd.: 87ff.). Zudem gibt es Themen wie Homosexualität oder Jugendsexualität, die zwar im Lehrplan aufgeführt und besprochen werden sollen, jedoch laut der Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004a) von allen Lehrkräften im Zusammenhang mit Problemen gesehen oder negativ bewertet werden (vgl. ebd.: 187ff., Etschenberg 2001: 153).¹⁶

Es wird deutlich, dass Sexualerziehung in der Schule kein gewöhnlich zu behandelndes Thema darstellt. Es hängt sowohl von den Möglichkeiten und der Haltung der jeweiligen

¹⁵ Ein Rollenkonflikt bezeichnet unterschiedlich ausgeprägte Konflikte, denen ein Träger sozialer Rollen aufgrund widersprüchlicher Rollenerwartungen ausgesetzt ist (vgl. Hillmann 1994: 745). Bei Lehrkräften entstehen oft Intra-Rollenkonflikte, die sich zum Beispiel durch die Unvereinbarkeit ihrer Rolle als nicht-sexuelle Lehrkraft und als Vermittler einer lebendigen Sexualität zeigen können (vgl. Hasenhüttl 1997: 159). Auch die persönliche Schamgrenze kann einen Rollenkonflikt verursachen.

¹⁶ Mit der Darstellung der Sexualität als Sachwissen oder einer Idealisierung von Liebesbeziehungen verschwindet die eigentliche Sexualität, die mit Lust und Zärtlichkeit verbunden ist. Was auch durch eine eher konservativere Vermittlung in der Sexualerziehung, wie sie in Bayern gängig ist, verstärkt wird (vgl. Hasenhüttl 1997: 91f.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004: 172f.). Dies führt zu einer Ausblendung von Homosexuellen, Alleinlebenden, Behinderten oder ältere Menschen.

Schule ab als auch individuell von der jeweiligen Lehrkraft, in wie fern Sexualerziehung auf einem den Bedürfnissen der SchülerInnen entsprechenden Niveau vermittelt wird.

Selbstverständlich sollen an dieser Stelle anhand von einigen Beispielen auch die Angebote kurz erwähnt werden, die als kreative Methoden und Konzepte der Sexualaufklärung und HIV/AIDS Prävention in der Schule angeboten werden können.

Seit 2004 gibt es vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2004) das Präventionsprogramm LIZA – „Lieben in Zeiten von Aids“. Dieses Programm kann als Lebenskompetenz-Training verstanden werden, das für alle SchülerInnen unabhängig von der Schulart ab der 7. Jahrgangsstufe anwendbar ist. In 20 Unterrichtseinheiten sollen soziale und kommunikative Kompetenzen rund um Sexualität und Partnerschaft und eine Stärkung des Selbstbewusstseins vermittelt und trainiert werden. Die Inhalte sind mit oben genannten Richtlinien des Bayerischen Kultusministeriums zur AIDS-Prävention und zur Familien- und Sexualerziehung in Bayerns Schulen abgestimmt. Laut persönlicher Rückmeldungen der LehrerInnen, die mit Ihren SchülerInnen die Vorlesung von Dr. Stefan Zippel am Klinikum der Universität München besuchten, war das Präventionsprogramm LIZA nur sehr vereinzelt Lehrkräften bekannt.¹⁷

Neben dieser ‚bayerischen Maßnahme‘ zur Umsetzung einer adäquaten Sexualerziehung in der Schule, gibt es auch engagierte Lehrer, die mit ihren SchülerInnen Theaterstücke zum Thema HIV/AIDS einüben, den Missio AIDS-Truck¹⁸ des Katholischen Missionswerks e.V. einladen, oder Aufklärungsangebote von regionalen AIDS-Hilfen oder Beratungsstellen in Anspruch nehmen. Zudem gibt es ehrenamtliche Präventionsprojekte wie zum Beispiel das „Mit Sicherheit verliebt“¹⁹ von Medizinstudierenden für SchülerInnen.

Dies sind natürlich nur einige Beispiele für eine engagierte schulische Auseinandersetzung zum Thema Sexualaufklärung und HIV/AIDS, die leider von zu wenigen Schulen so herangezogen werden.

Damit zeigt sich jedoch auch, dass die üblichen Angebote, die SchülerInnen in Bayern von Seiten der Schule im besten Falle bekommen, sich ausschließlich auf Wissen,

¹⁷ In einem Vorgespräch werden die LehrerInnen von Dr. Zippel mit Informationsmaterial ausgestattet und auch auf das Präventionsprogramm LIZA hingewiesen, das in Bayerns Schulen als Ergänzung zum Lehrplan herangezogen werden kann. Obwohl dieses Präventionsprogramm entwickelt wurde, um in Bayerns Schulen Anwendung zu finden, erfolgte keine Schulung der bayerischen Lehrkräfte zu diesem Konzept.

¹⁸ Der Missio Aids-Truck ist eine mobile interaktive Ausstellung, durch die die SchülerInnen einen Eindruck von HIV/AIDS in Afrika bekommen können. Siehe hierzu: www.aids-truck.de, aufgerufen am 24.03.2012. Das Angebot des Missio Aids-Trucks wird jedoch vom Katholischen Missionswerk e.V. eingestellt werden.

¹⁹ Es handelt sich dabei um ein Projekt der Arbeitsgruppe „Sexualität und Prävention“ der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) (vgl. Süddeutsche Zeitung 2012; „Mit Sicherheit verliebt“-Homepage 2013).

Kompetenzen der eigenen (emotionalen) Sexualität und die Thematik HIV/AIDS (mit Solidaritätsstärkung der Betroffenen) beziehen. Das gesundheitliche Risiko sexuell aktiver Jugendlicher stellt sich jedoch anders dar.

2.3 Gesundheitliche Risiken jugendlicher Sexualität

Die schulische Sexualaufklärung und die alternativen Ansätze zur HIV/AIDS-Prävention tragen zu einer Verbreitung von Informationen, zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins und zu einer Entstigmatisierung der Thematik HIV/AIDS bei. Betrachtet man jedoch das gesundheitliche Risiko, das Sex unter Jugendlichen mit sich bringen kann, so zeigt sich eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis.

HIV/AIDS ist das Thema, das in der Schule – wenn auch oft ungenügend – im Unterricht behandelt wird. Dabei geht es wie bereits oben geschildert, heutzutage vornehmlich um eine Entwicklung und Stärkung der Solidarität mit HIV-positiven Menschen (vgl. Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus 1989). Zudem wird eine HIV-Infektion von den Lehrkräften und SchülerInnen oft als das einzige – wenn überhaupt – moderate gesundheitliche Risiko verstanden und dargestellt, das es neben Schwangerschaften zu verhüten gilt (vgl. Kapitel 2.2).

HIV/AIDS ist für die jugendliche Gesundheit in Deutschland glücklicherweise kein großes Risiko. Dies liegt nicht an der guten HIV-Prävention für Jugendliche²⁰, sondern daran, dass die Gruppe der Jugendlichen in Deutschland keine Betroffenengruppe für HIV-Infektionen darstellt und deshalb nur minimale Infektionszahlen registriert werden (vgl. Robert Koch Institut 2012). Die folgende Graphik des Robert-Koch-Instituts veranschaulicht dies.

²⁰ Weiter unten wird auf das Verhütungsverhalten Jugendlicher eingegangen.

Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland nach Altersgruppen (08/2011)

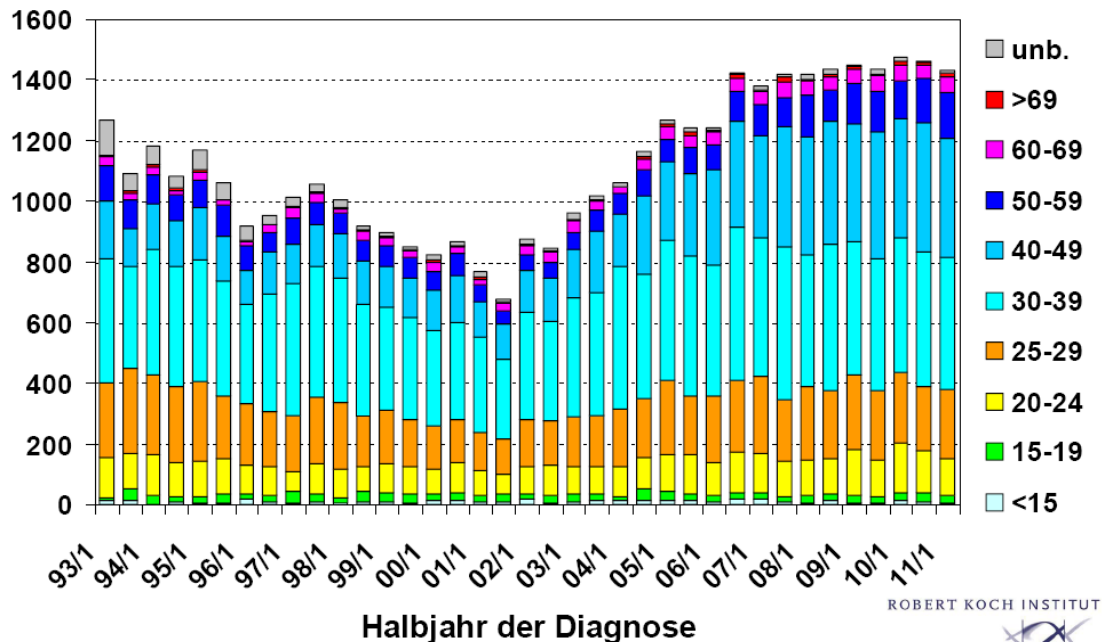


Abbildung 1: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland nach Altersgruppen (08/2011). Robert-Koch-Institut.

Bei den weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten sieht das anders aus. Schon 2001 wies die World Health Organisation (2001) darauf hin, dass die Zahl der Menschen, die sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten infizieren, täglich bei schätzungsweise mehr als einer Million Menschen liegt. Mehr als die Hälfte davon sind unter 25 Jahre alt. 30% noch unter 20.²¹

Als Beispiel, um zu verdeutlichen welchem gesundheitlichen Risiko Jugendliche ausgesetzt sind, wenn sie ungeschützten Sexualverkehr haben, kann die Infektion mit dem Bakterium *Chlamydia trachomatis* (Chlamydien) gelten.

Weltweit zählt die Chlamydien-Infektion zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen. In Europa sind hauptsächlich junge Menschen betroffen. Der häufig asymptomatische Verlauf kann zu Komplikationen führen, die bis zur Unfruchtbarkeit reichen (vgl. Gille, Klapp et. al. 2005; Gille & Klapp 2007; Robert Koch Institut 2010a; Robert Koch Institut 2010c).²² 2009 wurden 343.000 Fälle von Chlamydien-Infektionen

²¹ Vgl. ebenso Chinsebu (2009): Sexually Transmitted Infections in Adolescents.

²² Bei etwa 50% der Männer und 80% der Frauen verläuft die Infektion ohne Symptome und wird daher meistens übersehen. Ohne Behandlung kann die Chlamydien-Infektion zu schweren Folgeerkrankungen wie Beckenentzündung, Eileiterentzündung, Unfruchtbarkeit, chronischen Bauchbeschwerden oder Zeugungsunfähigkeit führen (vgl. Robert Koch Institut 2005; Der Spiegel 2008).

innerhalb der EU gemeldet, die meisten betrafen Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren. Dies entspricht laut dem ‚European Center of Disease Prevention and Control‘ (2012) „der Spitze des Eisbergs“, da nur vier Länder in Europa aktuelle Zahlen dazu erheben. Die Infektionszahlen in Deutschland beziehen sich auf Schätzungen, die von bis zu einer Million Chlamydien-Infektionen pro Jahr ausgehen (vgl. Gille & Klapp 2007; Robert Koch Institut 2013; Robert Koch Institut 2009b). Damit ist die Chlamydieninfektion die in Europa häufigste sexuell übertragbare Infektion (vgl. World Health Organisation 2001; Gille, Klapp et. al. 2005; Robert Koch Institut 2010b). Jugendliche sind davon sehr häufig betroffen, das Robert-Koch-Institut (2010a) nennt Studien, die von einer Prävalenz von 10% bei 17-jährigen Mädchen und 20% bei 20- bis 24-jährigen Frauen ausgehen. Epidemiologische Untersuchungen zeigten, dass unter sexuell aktiven jungen Frauen 13% infiziert sind. Mit zunehmendem Alter und mit Eintritt in feste Partnerschaften verringert sich die Prozentzahl (vgl. Gille & Klapp 2005). Klapp (2007) spricht von einer schleichenden Epidemie, die selbstverständlich auch die männlichen Jugendlichen betreffe, da diese durch die Folgen ebenso in ihrer Reproduktionsfähigkeit eingeschränkt seien.

Damit wird deutlich, welches Risiko allein die Chlamydien-Infektion für Jugendliche darstellen kann. Neben dieser gibt es noch einige weitere Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten, die für Jugendliche ein Risiko darstellen, auf die aber an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird.²³

Jugendliche Sexualität bringt ein hohes gesundheitliches Risiko mit sich, das über Schwangerschaftsverhütung und das kaum vorhandene HIV-Infektionsrisiko bei Jugendlichen hinausgeht (vgl. Walcott et. al. 2007: 39). Trotzdem bleibt dies im Schulunterricht meist unbehandelt und führt dazu, dass die Prävention sexuell übertragbarer Infektionen bei Jugendlichen schon am Wissen über die Risiken scheitert, was aber die Voraussetzung jeder Präventionsmaßnahme darstellt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004b; Robert Koch Institut 2005; Kapitel IV, 9. Jugend und sexuell übertragbare Krankheiten - Selbsteinschätzung).

²³ Auch die Humanen-Papillom-Viren, die neben genitalen Warzen Gebärmutterhalskrebs verursachen können, stellen ein hohes Risiko für Jugendliche dar. Diese sind auch Auslöser für das Analkarzinom oder Peniskarzinom (vgl. Robert Koch Institut 2009). Weitere sexuell übertragbare Erkrankungen bei Jugendlichen sind zum Beispiel Herpes genitalis oder auch Hepatitis B. Häufig wissen Jugendliche nicht, ob sie geimpft sind, beziehungsweise worum es sich bei einer Hepatitis überhaupt handelt, sie haben damit kein umfassendes Gesundheitsbewusstsein (vgl. Kapitel IV, 3.3.2 Nachhaltigkeit – Wirkung der Veranstaltung).

2.4 Risiko- und Verhütungsverhalten Jugendlicher

Kondome schützen nicht nur vor HIV/AIDS, sondern bieten ebenso einen Schutz vor den meisten anderen Geschlechtskrankheiten und haben damit eine Schlüsselfunktion als Schutzmaßnahme (vgl. Walcott et. al. 2007: 40). Die Verwendung von Kondomen im Jugendalter ist jedoch keine Selbstverständlichkeit, häufig erfolgt der Sexualverkehr ohne Kondom. Dabei handelt es sich nicht um die Jugendlichen, die fest mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen sind, sondern um solche, die sich neu kennenlernen, sich ausprobieren und auch wechselnde PartnerInnen haben. Hier wird angeführt, dass entweder das Mädchen die Pille einnimmt und deswegen nicht davon ausgegangen wird, dass noch ein weiterer Schutz nötig sei oder es werden andere Gründe²⁴ genannt, die zum Nichtverwenden von Kondomen führen. Hinzu kommt, und das ist ein ganz wesentlicher Punkt, dass der falsche Gebrauch von Kondomen – häufig durch fehlende Informationen – zu ungewolltem ungenügend geschütztem Sexualverkehr führt. Zum Beispiel bedeutet das Verwenden von fetthaltigen Gleitmitteln, das falsche Aufsetzen und Überziehen, das Abrutschen des Kondoms nach dem Sex oder auch die falsche Lagerung von Kondomen häufig ein Risiko. Dieser Faktor wird durch das ungenügende Wissen der Personen begünstigt. Das zeigt sich sowohl durch internationale als auch nationale Studien (vgl. Brunner 2005; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010; Franzetta et al. 2006; Sanders et. al. 2012; Warner et. al. 2007). Der fehlende oder falsche Kondomgebrauch ist jedoch nur ein Faktor, der ein Risikoverhalten abbildet. Die Faktoren ‚früher Beginn sexueller Aktivität‘²⁵, ‚häufig wechselnde Sexualpartner‘, ‚Sex nach Alkohol- oder anderem Substanzkonsum‘²⁶ und der schon zuvor genannte ‚ungeschützter Geschlechtsverkehr‘ können als die Hauptfaktoren für das Risiko einer HIV Infektion

²⁴ Es wird häufig genannt, dass kein Kondom zur Hand war, oder es vergessen wurde etc. Zudem gibt es Widerstände gegen das Kondom. Diese können sein, dass das Kondom den Wunsch nach Nähe und Verschmelzung verhindert. Auch die phantasievoll erlebte Lust kann durch das Überziehen eines Kondoms gemindert werden. Oft wird genannt, dass Sexualität mit Kondom weniger lustvoll sei und auch die Erektion kann durch ein Kondom – psychologisch – gemindert werden (vgl. Brunner 2005; Dannecker 2002: 38).

²⁵ Sexuelle Aktivität bezeichnet hier den oralen, vaginalen oder analen eindringenden Geschlechtsverkehr, gleichgültig mit welchem Geschlecht.

²⁶ Alkohol- oder anderer Substanzgebrauch erhöht nicht nur das Risikoverhalten, wenn eine Abhängigkeit besteht, sondern ebenso bei gelegentlichem Konsum (vgl. Leigh & Stall 1993). Eine Befragung von High-School-SchülerInnen in den USA ergab, dass ein Viertel aller Befragten vor dem letzten Sexualverkehr Alkohol oder Drogen konsumiert hatten (vgl. Centers of Disease Control and Prevention 2006). Eine weitere Studie stellte fest, dass 17% aller 13 bis 18-jährigen unter Konsum von Alkohol oder Drogen sexuelle Praktiken vollzogen, die ohne unwahrscheinlich gewesen wären (vgl. YM Magazine 1998). Alkohol und andere Substanzen wirken sich nicht nur auf die Entscheidung bezüglich des sexuellen Verhaltens aus, sondern beeinflussen, ob überhaupt eine Entscheidung getroffen wird. Sie beeinflussen die Urteilsfähigkeit und die Hemmschwelle und führen häufig zu ungeschütztem Sexualverkehr, obwohl ausreichendes Wissen über sexuelle Risiken vorhanden ist (vgl. Walcott et. al. 2007).

bezeichnet werden. Ungeschützter Sexualverkehr hängt dabei direkt mit der Infektion zusammen (vgl. Walcott et. al. 2007: 40; Warner et. al. 2007: 109). Das sexuelle Risikoverhalten wird zudem durch verschiedenste Variablen beeinflusst. Amerikanische Studien fanden einen Unterschied in Bezug auf den Kondomgebrauch zwischen afro-amerikanischen, lateinamerikanischen und weißen SchülerInnen heraus. Afro-amerikanische Jugendliche benutzen mehr Kondome als lateinamerikanische und weiße. Lateinamerikanische weibliche Jugendliche haben das größte Risiko, da sie am häufigsten angeben, nie oder nur manchmal Kondome zu benutzen (vgl. Franzetta et al., 2006). Es wird erkennbar, dass auch die Herkunft und kulturellen Prägungen das Risikoverhalten beeinflussen. Zudem gibt es sozial-kontextuale Faktoren, die für alle kulturellen Hintergründe gleichermaßen gelten. So führen nicht geschiedene Eltern und solche, die hohe Erwartungen an ihre Kinder stellen und sich um sie kümmern, neben einem hohen sozial-ökonomischen Status, höherem Bildungsstand und einem Gefühl von großer Religiosität zu einer sexuellen Enthaltsamkeit von Jugendlichen (vgl. Dittus & Jaccard 2000; Lammers et. al. 2000). Als Konsequenz führt häufiger familiärer Streit und geringe elterliche Kontrolle zu früherem Sexualverkehr. Ebenso ist die Zeit(dauer), die allein mit der jeweiligen Peer-Group oder einem gegengeschlechtlichen Person verbracht wird, ein signifikanter Prädiktor für Sexualverkehr bei 11 bis 13-jährigen Jugendlichen (vgl. Dilorio et al. 2004). Der Einfluss der jeweiligen Peer-Group ist zudem selbst dann signifikant, wenn die familiären Strukturen, der sozial-ökonomische Status und die Bildung unterschiedlich sind (vgl. Bearman & Brückner 1999). Intrapersonale Faktoren in Bezug auf Kondomgebrauch sind schwierig zu erheben (vgl. Walcott et. al. 2007: 42). Zudem kommen die geläufigen intrapersonalen Variablen wie die Absicht, ein Kondom zu verwenden, die Selbstwirksamkeit, die Haltung zu geschütztem Sexualverkehr und das Wissen darüber, dass das Kondom vor HIV/AIDS und anderen Geschlechtskrankheiten schützt (vgl. Sheeran, Abraham & Orbell 1999).

Trotzdem konnte festgestellt werden, dass Mädchen, die über eine depressive Symptomatik berichten, früher Sexualverkehr haben und weniger konsequent auf Kondomen bestehen (vgl. Kowaleski-Jones & Mott 1998). Es wird deutlich, dass das Risikoverhalten von Jugendlichen von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird und diese Faktoren auch in Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten, um ein möglichst effektives Risikoverhalten zu erreichen.

3. ZUR ERHEBUNG DER EFFEKTIVITÄT VON PRÄVENTIONSMAßNAHMEN

3.1 HIV/STD-Prävention und deren Effektivität bei Jugendlichen

Das voranstehende Kapitel zu den Faktoren, die das jugendliche Sexualverhalten und damit das gesundheitliche Risiko bedingen, zeigt, dass eine spezifische Faktoren berücksichtigende Präventionsmaßnahme nie für alle Jugendlichen gleich sein kann. Offensichtlich ist damit, dass eine Präventionsstrategie, die effektiv und für eine Gruppe Jugendlicher angemessen ist, nicht notwendigerweise bei anderen Gruppen genauso funktioniert (vgl. Walcott et. al. 2007). In den USA gibt es zwei gegensätzliche Haltungen zur HIV-Prävention bei Jugendlichen. Die eine baut auf sexuelle Abstinenz²⁷ während der Jugendzeit und vermittelt oft gar kein Wissen und Risikobewusstsein bezüglich der jugendlichen Sexualität. Zudem wirft sie der konträren Position vor, dass eine Sexuaufklärung, die auf einen eigenverantwortlichen Umgang mit jugendlicher Sexualität abzielt und die damit verbundenen Risiken vermittelt – wie wir dies auch in Deutschland tun –, dass sie jugendliche Sexualität fördern würde und das Risiko dadurch erhöhe. Dies ist jedoch widerlegt worden. Zudem wurde die präventive Wirkung durch die Reduktion der Sexualpartner und einer Erhöhung des Kondomgebrauchs bestätigt (vgl. Kirby 2002; Robin et al. 2004).

Jedoch kann auch der in Deutschland geläufige Präventionsansatz, der sich mit der Sexualität und ihren Risiken auseinandersetzt, noch einmal differenziert werden in eine sogenannte ‚Gefahren-Abwehr-Pädagogik‘ (Timmermanns 2008: 209) und eine ‚Sexualpädagogik der Vielfalt‘²⁸ (Timmermanns 2008).

Die vorherrschende Meinung ist, dass die unterschiedlichen Bedürfnisse nicht mit einem Ansatz befriedigt werden können, der für alle angewendet wird. Sie plädiert für eine Berücksichtigung der Subgruppen und Geschlechter in Schulen und spezielle Maßnahmen, die auf das jeweilige Risiko der Gruppen abgestimmt sind (vgl. Walcott et al. 2007). Die Umsetzung dürfte Utopie sein, wenn man sie in Bezug zu einer möglichst hohen Erreichbarkeit von Jugendlichen setzt.

²⁷ Der Ansatz der Abstinenz kann, wenn überhaupt, nur für jene Jugendlichen effektiv sein, die noch keinen Sexualverkehr hatten. Ansonsten führt er zu mehr ungeschütztem Sexualverkehr (vgl. Jemmott et al. 1998).

²⁸ ‚Sexualpädagogik der Vielfalt‘ ist der Titel des Buchs von Timmermann und Truider (2008). Hiermit ist eine Sexualpädagogik gemeint, die die Jugendlichen dort abholt, wo sie gerade stehen und auf individuelle Bedürfnisse eingeht. Auch die Berücksichtigung der vorhandenen Erfahrung der Jugendlichen mit Sexualität gehört dazu.

In Kapitel 2.2.2 „Sexualaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns“ wurde deutlich, dass in Deutschland die Lehrpläne keine eindeutigen Vorgaben zur Sexualerziehung und Prävention von HIV/AIDS machen und andere Geschlechtskrankheiten (STD) völlig außer Acht lassen. Dazu kommt die individuell unterschiedliche Behandlung des Lehrstoffs durch die Lehrer, die auch von deren empfundenem Rollenkonflikt und Selbstvertrauen im Umgang mit der Thematik abhängt.

Abgesehen von der geforderten ‚maßgeschneiderten‘ Prävention, die auf die Bedürfnisse der Zielgruppen angepasst ist, wurden andere Eigenschaften der Zielgruppen mit der Effektivität von Präventionsmaßnahmen in Verbindung gebracht. Seit Mitte der 1980er Jahren konnte durch viele Maßnahmen und Programme zur Prävention von HIV/AIDS ein Anstieg des Wissens zu HIV/AIDS, der Haltung zu ‚Safer Sex‘ und der Absicht, sexuelles Risikoverhalten zu vermeiden, festgestellt werden (vgl. Walcott et. al. 2007: 44). Trotzdem waren viele Studien nicht in der Lage herauszufinden, wie die jeweiligen Präventionsprogramme sich auf die Reduktion des Risikoverhaltens auswirken (vgl. Jemmott et. al. 1992). Die Wissenschaft ist sich jedoch einig darüber, dass Jugendliche ihr sexuelles Risikoverhalten nicht allein auf der Basis von Wissen verändern (vgl. Schinke et. al 1996). Deshalb werden heute hauptsächlich Studien genannt, die Verhaltensänderungen einer Präventionsmaßnahme überprüfen. Die meisten Faktoren bei der Messung von Verhaltensänderungen sind dabei der Zeitpunkt des ersten Sexualverkehrs, die Häufigkeit desselben und das Verhütungsverhalten (Kondomgebrauch).²⁹

Zusammenfassend kann man sagen, dass diejenigen Programme als effektiv beschrieben werden, die eine Reduktion des sexuellen Risikoverhaltens bewirken (vgl. Advocates for Youth 2008; Walcott et. al. 2007).

²⁹ Weitere Überlegungen: Betrachtet man den Zeitpunkt des ersten Sexualverkehrs, so wird deutlich, dass eine präventive Maßnahme diesen zwar verändern kann, jedoch Erhebungen dazu über einen längeren Zeitraum und eine Veränderung im Vergleich mit einer Kontrollgruppe nur sehr schwierig erfolgen (vgl. Advocates for Youth 2008: 5, 9, 11). Hier stellt sich die Frage, ob nicht weitere Faktoren, die durch die Präventionsmaßnahme sozusagen ‚getriggert‘ werden, für diese zeitliche Verzögerung verantwortlich sind, die an dieser Stelle völlig unberücksichtigt bleiben. Häufig ergibt sich über dieses Studiendesign keine Veränderung des Zeitpunkts des ersten Sexualverkehrs (vgl. ebd.: 6, 9), was an dieser Stelle auch nicht verwunderlich ist, da die meisten Programme viel zu kurze Interventionen sind, um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen.

3.2 Modelle zur Erfassung einer Änderung des Gesundheitsverhaltens

Die Sozialpsychologie geht davon aus, dass „das Verhalten der Menschen eine Reaktion auf ihre Umwelt ist und durch diese mitbestimmt und aufrechterhalten wird“ (Naidoo & Wills 2003: 217). Ebenso hängt es von der Beurteilung der Durchführbarkeit und dem damit verbundenen Nutzen ab. Das heißt, der Mensch führt eine Art Kosten-Nutzen-Analyse durch (vgl. ebd.: 220). Es erfolgt eine Einschätzung des Risikos und des Nutzens der möglichen Verhaltensänderung. Zudem muss ein Bewusstsein über die Gefahr existieren, die in Abhängigkeit zum Verhalten steht und ein Anreiz, etwas zu verbessern, um eine Verhaltensänderung zu generieren.

Zur Vorhersage von Gesundheitsverhalten wurden bisher eine Reihe von sozial-kognitiven Ansätzen herangezogen. Die bekanntesten Ansätze sind das Health Belief Modell³⁰ und die Theory of Planned Behavior³¹. Sie dienen der Vorhersage eines bestimmten Verhaltens, das durch verschiedene Kriterien wie wahrgenommene Barrieren, soziale Normen, soziale Werte, mögliche Erkrankungen und der Selbstwirksamkeitserwartungen gebildet werden soll. Die Veränderung des Risikoverhaltens beziehungsweise Gesundheitsverhaltens wird als kontinuierlicher Prozess aufgefasst. Dabei wird die Intention für ein bestimmtes Verhalten und damit das Gesundheitsverhalten selbst durch ein günstiges sozial-kognitives Konstrukt positiv beeinflusst. Eine Intervention hat bei diesen Modellen die Absicht, die

³⁰ Intuitive Logik und klare Grundsätze sind laut Brewer & Rimer (2008) für das Health Belief Modell bezeichnend. Man kann es als ein Motivationsmodell bezeichnen, das durch die wahrgenommene Risikoeinschätzung, den Nutzen eines bestimmten Verhaltens und die Selbstwirksamkeitserwartung ein bestimmtes Verhalten vorhersagt (vgl. Pant 2003: 271). Es geht davon aus, dass das Gesundheitsverhalten von Werten und der Risikoeinschätzung abhängt. Menschen sind demnach mehr bereit, gesundheitsförderndes Verhalten zu zeigen, wenn sie glauben, dass dieses Verhalten eine gesundheitliche Bedrohung abwendet, die ernste Konsequenzen nach sich zieht. Die wahrgenommene Anfälligkeit für eine Krankheit als empfundene Bedrohung spielt neben den wahrgenommenen Vorteilen der Präventionsmaßnahme eine zentrale Rolle (vgl. Trojan & Legewie 2001: 124).

Zudem spielen neben Erwartung und Wertvorstellungen weitere Faktoren wie Krankheitssymptome, der Rat eines Arztes oder Ermahnungen von Präventionskampagnen und Krankenkassen eine Rolle. Die Selbstwirksamkeit ist dabei ebenso von Belang, da eine gestärkte Selbstwirksamkeit maßgeblich ist für das Gesundheitsverhalten.

Selbstwirksamkeit ist im Health Belief Modell speziell für wiederholtes oder gewohnheitsmäßiges Verhalten bezeichnend. Dazu zählen neben dem Sexualverhalten, sportliche Aktivität, Essen und Rauchen (vgl. Rosenstock et al. 1988).

³¹ Die Theory of Planned Behavior (TPB) geht davon aus, dass Verhalten durch Intention bedingt ist. Die Intention spielt als Verhaltensabsicht eine zentrale Rolle, da sie als unmittelbarster Prädiktor für das Verhalten angesehen wird. Die TPB zielt darauf ab, unter anderem rational motiviertes, intentionales Gesundheitsverhalten vorherzusagen. Der theoretische Zusammenhang zwischen Intention und Verhalten wird nach Fishbein und Ajzen (1975) durch Barrieren gemindert. Dazu zählen alle Faktoren, die die Planung und Umsetzung von Schutzverhalten verhindern. Die Einstellung und die subjektive Norm werden als Vorläufer der Intention angesehen. Die Einstellung entspricht der Haltung gegenüber dem Zielverhalten und die subjektive Norm der subjektiv wahrgenommenen Meinung anderer wichtiger Personen. Zudem spielt die Selbstwirksamkeit eine wesentliche Rolle.

jeweilige Person zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten zu bewegen (vgl. Sniehotta & Schwarzer 2003: 677f.).

Beide Modelle gehen davon aus, dass ein geplantes Verhalten auf bestimmten Werten basiert. Der Unterschied in der Erfassung des Gesundheitsverhaltens ist, dass im Health Belief Modell der Rückschluss von der Risikoeinschätzung und der Werthaltung auf ein bestimmtes Verhalten erfolgt und damit auf die Wirkung einer Maßnahme geschlossen wird. Die Theory of Planned Behavior hingegen fragt direkt die Intention für ein bestimmtes Verhalten ab. Durch eine Wiederholungsbefragung wird dann die Veränderung der Intention erfasst, die wiederum als Grundlage zur Beurteilung der präventiven Maßnahme dient. Die zur Erhebung der Intention herangezogenen Faktoren der Selbstwirksamkeit, der subjektiven Norm und der Einstellung jedoch zeigen,³² dass eine Prognose, die über eine direkte Abfrage der Einstellung erfolgt, sowohl beim Sexualverhalten deutlich schwächere Zusammenhänge und damit schwächere Ergebnisse ermittelt als auch bei anderem Gesundheitsverhalten. Zudem ist sexuelles Verhalten nicht mit anderem Gesundheitsverhalten vergleichbar. Es kann nicht als Resultat von Vernunft gesteuerten Prozessen betrachtet werden, das über die in der Gesundheitspsychologie populären sozialkognitiven Ansätze – wie oben beschrieben – erklärbar ist (vgl. Pant 2003: 70).

Orbell & Sheeran (1998) zeigen auf, dass die Intention in der Regel nur etwa 20% bis 30% der Varianz des Verhaltens erklärt. Die Unsicherheit, die die Voraussetzung eines Zusammenhangs zwischen Intention und Verhalten mit sich bringt, führten dazu, dass Verhaltensintentionen kein adäquates Ergebnis für Studien und Interventionen liefern, die

³² Die drei Faktoren, Einstellung, subjektive Norm und Selbstwirksamkeit, nehmen laut des TPB direkten Einfluss auf die Intention und werden im weiteren Verlauf kurz skizziert. Durch Überzeugungen zu Konsequenzen eines Verhaltens entsteht eine Einstellung, die positiv oder negativ sein kann. Zum Beispiel die Überzeugung, dass ein Kondom vor sexuell übertragbaren Erkrankungen schützt oder dass beim Sex mit Kondom das Vergnügen gemindert würde. Eine bestimmte Einstellung setzt sich aus vielerlei positiven und negativen Überzeugungen zusammen und wird je nach Gewichtung zu einer positiven oder negativen Haltung gegenüber einem bestimmten Verhalten führen (vgl. Parsons et. al 2000). Die subjektive Norm wird ebenso wie die Einstellung durch Überzeugungen beeinflusst. Die so genannten normativen Überzeugungen sind wahrgenommene Verhaltenserwartungen, die auf bestimmte Gruppen oder Personen bezogen sind. Erwartungen bestimmter Bezugspersonen wie Freunde oder Eltern (zum Beispiel zum Kondomgebrauch), beeinflussen die normativen Überzeugungen. Diese unterschiedlichen Überzeugungen werden zu einem subjektiven Erwartungsdruck von Seiten der „anderen Personen“ (vgl. Nathanson & Becker 1986). Die Selbstwirksamkeitserwartung stellt die subjektive Überzeugung dar, unter erschwerten situativen Umständen ein spezifisches Verhalten zu haben. Höhere Standards, höhere Anstrengung und ein besseres Durchhaltevermögen sollen in Verbindung mit der Selbstwirksamkeitserwartung stehen. Dazu zählen neben Fertigkeiten zur richtigen Kondombenutzung zum Beispiel in konkreten Situationen auch kommunikative Fähigkeiten, wenn es darum geht, den Partner von der Verwendung eines Kondoms zu überzeugen (vgl. Schaalma et. al. 1993). Die Selbstwirksamkeitserwartung kann auch zu Fehleinschätzungen führen, wenn das Vorwissen nicht ausreichend ist. So wurde von O’Leary et. al 1992 bestätigt, dass auch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung vorliegen kann, wenn angegeben wird, dass das Erfragen des HIV-Status des Partners möglich ist.

auf eine Veränderung des Verhaltens im Sinne der Public Health abzielen (Brewer & Rimer 2008: 4). Intentionen und Werte können sich im Laufe der Zeit verändern, dadurch wird der Zusammenhang mit dem Verhalten als Grundvoraussetzung der Theorie veränderlich. Ein weiteres Problem ist, dass Menschen nicht für alle Verhaltensweisen Intentionen haben, vor allem, wenn viel Zeit zu einer möglichen Umsetzung des Verhaltens verstreicht. Untersuchungen die vergangenes Verhalten erfassen, zeigen, dass die Intention kein signifikanter Prädiktor für Verhalten ist (vgl. Hagger et al. 2002: 29), andere Studien stellen die Frage, ob es angemessen ist, durch eine Überprüfung dieses Zusammenhangs vergangenes Verhalten statistisch zu kontrollieren (vgl. Weinstein 2007: 8).³³

Abgesehen davon sind Fragen bezüglich sexueller Aktivität sehr persönlich und werden häufig nicht der Wahrheit entsprechend beantwortet (vgl. Schwarz 1990). Vor allem, wenn die Jugendlichen noch gar kein routiniertes Sexualverhalten entwickelt haben – und das wird an dieser Stelle für die meisten BesucherInnen der Vorlesung unterstellt – ist es fraglich, wie sich die Effektivität im Sinne einer Verhaltensänderung darstellen lässt. Vorabbefragungen, die sich auf künftiges Verhalten beziehen, sind immer an die Haltung und Intention gekoppelt und es wurde bereits oben diskutiert, dass diese Faktoren veränderlich sind. Ähnlich verhält es sich bei retrospektiven Befragungen, die häufig von Verzerrung der Erinnerung oder Vergessen beeinflusst sind (vgl. Feinberg & Tanur 1983). Hinzu kommt der Faktor, dass Menschen rückwirkend dazu neigen, sich selbst im besten Licht zu präsentieren (vgl. Greenwald 1980). Zudem gibt es sogenannte Stufen- oder Phasenmodelle in den Gesundheitswissenschaften. Sie gehen davon aus, dass Menschen innerhalb ihrer individuellen Entwicklung von Gesundheitsverhalten bestimmte Phasen durchlaufen, die im Gegensatz zu den oben genannten Kontinuumsmodellen (Health Belief Modell & Theory of Planned Behavior) nicht nur quantitativ, sondern vor allem qualitativ unterscheidbar sind. Damit Präventionsinterventionen effektiv sein können, muss also berücksichtigt werden, in welcher Phase sich die zu erreichende Person gerade befindet, um effektiv zu sein.

Es wird deutlich, dass die Vorhersage von Verhalten und damit verbunden, die Überprüfung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, das Sexualverhalten betreffend, schwierig ist. Einen ‚Standard‘ zur Vorhersage von Verhalten gibt es nicht.

³³ An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass auch zwischen ‚eigenem Verhalten‘ und ‚veranlasstem Verhalten‘ unterschieden werden muss. In Bezug auf den Kondomgebrauch, entspricht es bei Frauen dem veranlassten Verhalten und für Männer dem eigenen. Damit nehmen schon die Kernvariablen des TPB je nach Gruppe eine unterschiedliche Bedeutung an (vgl. Pant 2003: 277).

4. FORSCHUNGSINTERESSE UND FORSCHUNGSDESIGN

4.1 Gegenstand der Untersuchung³⁴

Die Prävention von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten ist seit Mitte der 1980er Jahre von öffentlichem Interesse. Sowohl Werbekampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. als auch der Unterricht in den Schulen, haben eine bewusste Gesundheitserziehung/-aufklärung bei den Heranwachsenden zum Ziel (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 1989). Seit 2005 bietet die Psychosoziale Beratungsstelle eine Präventionsveranstaltung zum Thema HIV/AIDS und anderen Geschlechtskrankheiten an, die speziell auf SchülerInnen zugeschnitten ist und von immer mehr Schulen in Oberbayern besucht wird.³⁵ Bei der Vorlesung handelt es sich um einen interaktiven Vortrag von drei Stunden Dauer. Er setzt sich aus mehreren Themenschwerpunkten zusammen, bezieht Kurzgeschichten, Beispiele und Rollenspiele mit ein und ist durch eine Powerpointpräsentation strukturiert. Der genaue Ablauf wird im folgenden Kapitel dargestellt.

4.1.1 Die Vorlesung „Risiken der HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten“

Zu Beginn wird den SchülerInnen das nötige Basiswissen über HIV und AIDS vermittelt, um deutlich zu machen, worum es sich bei der HIV Infektion einerseits und dem vom HI-Virus verursachten Krankheitsbild „AIDS“ andererseits handelt. Anschließend werden die

³⁴ In der Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München gab es steigende Zahlen bei Geschlechtskrankheiten, die sich durch deutschlandweite Statistiken bestätigen ließen. Zudem wurde in der Beratungspraxis der Klinik deutlich, wie groß die Unwissenheit bezüglich HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten ist. Deshalb begann Dr. Stefan Zippel, Leiter der Psychosozialen AIDS-Beratungsstelle der Klinik, anlässlich des Welt-Aids-Tags 2003 mit der Durchführung von Präventionsveranstaltungen zum Thema ‚HIV und sexuell übertragbare Krankheiten‘ an der Klinik. Durch Anfragen von Lehrern, die darauf aufmerksam geworden waren und eine Präventionsveranstaltung für ihre SchülerInnen wünschten, wurde das Projekt ausgeweitet. So begann die Entwicklung eines Konzepts, das konkret auf eine sehr ausführliche Prävention und Auseinandersetzung mit HIV/AIDS und sexuell übertragbaren Krankheiten bei Jugendlichen zugeschnitten ist, sich ihrem Verständnis anpasst und ihre Sprache benutzt. Dazu wird Präventionsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Bildmaterial der Klinik benutzt und durch Kompetenzen des Beratungsalltags gestützt. Rückmeldungen von SchülerInnen sowie eine Evaluation belegen, dass die SchülerInnen nicht ausreichend informiert sind und eine Auseinandersetzung mit der schwierigen Thematik aufgrund jugendlicher Kommunikationsprobleme nicht stattfindet.

Dem will das Projekt entgegenwirken. Seit Beginn des Präventionsprojekts für SchülerInnen 2005 konnten bisher über 100.000 SchülerInnen erreicht werden (Stand August 2013).

³⁵ Zielgruppen sind primär SchülerInnen ab der 10. Klasse des Regierungsbezirks Oberbayerns. Zweimal pro Jahr werden 398 Schulen (Gymnasien, Fach- und Berufsoberschulen, Realschulen und Berufsschulen) eingeladen, um mit ihren SchülerInnen an der Veranstaltung teilzunehmen.

Übertragungswege besprochen und Beispiele gegeben, die die allgemein verbreiteten gesellschaftlichen Ängste über HIV/AIDS in den Fokus zu nehmen. Ein Leben mit HIV, die Probleme und Chancen, die eine Therapie für HIV Infizierte bietet, die Diskriminierung, Ängste und Stigmatisierungen, mit denen sich Betroffene konfrontiert sehen, runden das Thema HIV und AIDS mit zahlreichen praktischen Beispielen ab.

Im Anschluss wird auf Treue und Partnerwechsel unter Jugendlichen eingegangen, es werden einige praxisbezogene Kurzgeschichten wiedergegeben, begleitet von deutschen und amerikanischen Statistiken. Die Sprache über die jugendliche Sexualität und die damit verbunden Schwierigkeiten werden an dieser Stelle thematisiert. Die sprachlichen Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Jugendlichen bezüglich ihrer Sexualität und die Diskrepanz zwischen jugendlicher Sprache allgemein und der Fachsprache bilden die Basis einer humorvollen Auseinandersetzung mit jugendlicher Sexualität. Ein Beispiel ist die Definition von Oralverkehr. Oralverkehr wird zunächst durch die Begriffe Fellatio, Cunnilingus und Anilingus dargestellt, was die SchülerInnen erwartungsgemäß zum größten Teil nicht verstehen. Der Fachbegriff Fellatio wird anschließend mit den SchülerInnen erarbeitet und die unter Jugendlichen gängigen Begriffe (z.B. „jemandem einen blasen“, „Sex auf französisch“, „Blowjob“ und „jemandem den Schwanz lutschen“) hinsichtlich ihrer Akzeptanz bewertet.³⁶

Diese scheinbar einfache Ausdifferenzierung eines fachlichen Begriffs in den gängigen Jugendsprachgebrauch ist sehr wichtig. Einerseits bekommen die Jugendlichen Wissen vermittelt, das sie spielerisch aufnehmen können. Andererseits, und das ist das Beabsichtigte, wird eine sprachliche Auseinandersetzung in einem offiziellen Rahmen mit einem immer noch schwierigen Thema ermöglicht, die dazu beiträgt den Jugendlichen die Scheu zu nehmen, sich mit ihrer eigenen Sexualität und ihren daraus resultierenden Ängsten offen auseinanderzusetzen und diese auch zu kommunizieren. Dazu wird nochmals das Risiko beim Oralverkehr angesprochen, es wird verdeutlicht, dass Speichel keine infektiöse Flüssigkeit ist, Sperma, Scheidenflüssigkeit und Blut jedoch sehr wohl. Außerdem wird über die Verschiedenartigkeit von Sexualität, von Wünschen und Bedürfnissen gesprochen.

³⁶ Ebenso wird z.B. beim Begriff Cunnilingus verfahren, das umgangssprachlich als „Lecken“ bezeichnet wird. Jedoch lässt sich dieses Lecken wieder genauer differenzieren, da vermutet werden kann, dass die Mehrzahl der Hörer unterschiedliche Vorstellungen davon hat, was ‚lecken‘ der weiblichen Geschlechtsteile eigentlich bedeutet. So wird abschließend diese Definition gegeben: „Cunnilingus (lat. *cunnus* „weibliche Scham“ und *lingua* „Zunge“): eine Form des Oralverkehrs in der Sexualität, bei dem der (männliche oder weibliche) Geschlechtspartner die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane - die Klitoris, die Schamlippen oder den Scheideneingang - mit den Lippen, den Zähnen oder der Zunge liebkost“.

Dann wird auf das Thema der sexuell übertragbaren Krankheiten eingegangen, in dem die Risiken der einzelnen Sexualpraktiken und sexuellen Moden³⁷ behandelt werden. Hierzu wird das Bildmaterial der Klinik zur Veranschaulichung der einzelnen sexuell übertragbaren Krankheiten herangezogen. Dies dient zur Wiedererkennung und Verdeutlichung der Krankheitsbilder und soll zur Vorsicht anhalten. Ebenso werden die Impfungen gegen Hepatitis A und B und die humanen-Papillomviren (HPV) thematisiert. Zum Ende des Vortrags wird über Kondomlagerung und -haltbarkeit gesprochen. Wenn möglich, geschieht dies in Zusammenarbeit mit Schülerinnen und Schülern. Die Erfahrung zeigt, dass sehr viele SchülerInnen Kondome im Geldbeutel aufbewahren, was zu Unbrauchbarkeit führt. Es wird die richtige Lagerung und der richtige Umgang mit dem Präservativ erklärt. Abschließend haben alle SchülerInnen die Möglichkeit, einen „Kondomführerschein“³⁸ zu machen und erhalten ein Gratiskondom.

4.2 Forschungsinteresse

In der Diskussion über die geeignete Methode zur Sexualerziehung und Gesundheitsprävention ist die Meinung vorherrschend, kreative Ansätze, die die SchülerInnen aktiv zur Mitarbeit animieren, wären die einzige erfolgsversprechende Maßnahme zur Behandlung der Thematik. Frontalunterricht³⁹ gilt als überholt und wenig mitreißend, was wiederum zu einem niedrigen Lernerfolg führen soll (vgl. Hardy et. al. 2006).⁴⁰

Der Vorteil kreativer Ansätze ist ohne Zweifel eine intensive Auseinandersetzung mit der Thematik und ein Lernen, das – aus pädagogischer Sicht – effektiver ist als der oft als veraltet bezeichnete Frontalunterricht (vgl. Timmermanns 2008: 5). Ein Nachteil des

³⁷ z.B. Intimrasur/Intimpiercing

³⁸ Kondomführerschein: Anhand eines Holzphallus wird der richtige Gebrauch eines Kondoms von den SchülerInnen selbst demonstriert. Dafür erhalten sie anschließend ein Gratiskondom.

³⁹ Definition Frontalunterricht: „Sozialform des Unterrichts, bei der der Lehrer versucht, den Lernstoff an eine Schulklasse mit Hilfe sprachlicher Darbietung, Wandtafel, Schulbuch und Overhead-Projektor unter Berücksichtigung methodischer Lernschritte an alle Schüler gleichzeitig und effektiv zu vermitteln. Dabei steuert und kontrolliert er mit Fragen und Impulsen den Fortgang des Lernprozesses. Die Schüler verhalten sich meist rezeptiv. Abweichende Verhaltensweisen deutet die Lehrkraft häufig als Unaufmerksamkeit oder Disziplinlosigkeit. Am Ende der Unterrichtsstunde sollen alle Schülerinnen und Schüler die Lernziele erreicht haben. Der Frontalunterricht (FU) wird in der Literatur häufig auf Jan Amos Comenius zurückgeführt. Die negative Akzentuierung erfuhre der FU durch die Einführung der Jahrgangsklasse 1820 in Verbindung mit dem Zwang zur effektiven Vermittlung eines einheitlichen und lehrplangebundenen Stoffpensums an alle Schüler in Schulklassen.“ (Schaub 2000: 224).

⁴⁰ Seit kurzer Zeit wird jedoch auch die Haltung vertreten, dass klassischer Frontalunterricht effektiver sein kann als kreative Lernansätze. Bisher wurde weniger Frontalunterricht mit besseren Leistungen assoziiert. Jedoch hat die Abkehr vom Frontalunterricht deutlich negative Effekte, vor allem, wenn es sich um durchschnittlich begabte Pädagogen handelt (vgl. Schwerdt & West 2012).

kreativen Ansatzes ist die stark variierende Umsetzung oder gar Ausblendung einer Vertiefung des Themas HIV/AIDS durch die Schulen und Lehrkräfte, die große Unterschiede im Lernangebot für die SchülerInnen mit sich bringt. Das steht im Widerspruch zum Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Dieses fordert nämlich ein Erreichen aller Altersgruppen und Gesellschaftsschichten gleichermaßen (vgl. Pott 2007: 423). Die Erfüllung dieser Forderung kann jedoch der teilweise als umstritten geltende Frontalunterricht bieten.

Die folgende Konkretisierung der Definition von Frontalunterricht verdeutlicht, dass es sich nicht unbedingt um Frontalunterricht im klassischen Sinne handeln muss, wenn ein einzelner Vortragender einer Gruppe eine Thematik nahebringt. Schaub (2000) beschreibt das folgendermaßen:

„Der lehrerzentrierte Frontalunterricht in der negativen Ausprägung darf nicht verwechselt werden mit einer guten Lehrererzählung, einem interessanten Lehrervortrag oder Frontalinformationsphasen zur Einführung und Organisation von freier Arbeit, der Wochenplanarbeit oder des Projektunterrichts“ (ebenda, S. 224).

Mit Hilfe dieser Definition und des vorherigen Kapitels zum Untersuchungsgegenstand „Vorlesung – Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten“ zeigt sich, dass es sich keinesfalls um Frontalunterricht im klassischen Sinne handeln kann. Die Vorlesung ist auf die Bedürfnisse der SchülerInnen zugeschnitten, greift ihre Sprache auf und vermittelt Informationen, die sehr wahrscheinlich von großem Interesse im Jugendalter sind.

Die vorliegende Studie untersucht die beschriebene Vorlesung. Es wird die Zufriedenheit der SchülerInnen mit der Vorlesung, der Methode, dem Vortragenden und der vermittelten Informationen dargestellt. Zudem soll die Nachhaltigkeit der Vorlesung im Zeitverlauf beleuchtet werden, um einen Nutzen objektiv veranschaulichen zu können. Dabei wurde kein spezifisches Modell⁴¹ – wie sie in vorangegangenen Kapiteln diskutiert wurden – herangezogen, sondern zunächst anhand eines Feedback-Bogens eine Einschätzung der SchülerInnen eingeholt. Anschließend wurden anhand einer Fragebogen-Befragung vor der Vorlesung und zu zwei Zeitpunkten danach Meinungen, verschiedene Status (z.B. Impfungen) und das vorhandene Wissen abgefragt, um die im zeitlichen Verlauf

⁴¹ Am ehesten kann das Health Belief Modell als Basis der Fragebogen-Befragung herangezogen werden, da es Werte und Einstellungen voraussetzt und daraus Rückschlüsse auf bestimmtes Verhalten. Eine Verhaltensabfrage steht jedoch in dieser Studie nicht im Vordergrund, da davon ausgegangen wurde, dass die meisten Befragten noch überhaupt kein sexuelles Verhalten ‚erlernt‘ haben. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte noch keinen Geschlechtsverkehr (vgl. Kapitel IV, 2.13 Geschlechtsverkehr ohne Kondom). Eine Vorhersage des Verhaltens wäre aufgrund nicht vorhandener Routiniertheit der SchülerInnen und einer hohen Emotionalität in Verbindung mit sexuellen Situationen nicht aussagekräftig.

auf tretenden Unterschiede aufzuzeigen und daraus Nutzen beziehungsweise Effektivität der Vorlesung abzuleiten. Qualitativ wurde diese Erhebungsmethode durch Gruppeninterviews gestützt, die einen persönlichen Eindruck der SchülerInnen geben und ergänzend zur qualitativen Erhebung stehen.

Die zwei Forschungsfragen nach der Zufriedenheit der SchülerInnen und der Nachhaltigkeit der Vorlesung werfen folgende Hypothesen auf, die durch die Studie überprüft werden sollen.

- Die SchülerInnen sind mit den Methoden der Wissensvermittlung zufrieden
- Die SchülerInnen haben ein Interesse an der Thematik
- Es entsteht ein Bedarf an der Vermittlung der Thematik
- Den SchülerInnen wird neues Wissen vermittelt
- Die Methoden der Wissensvermittlung sind effektiv
- Die neu erworbenen Kenntnisse nehmen im Laufe der Zeit nicht ab
- Die SchülerInnen ändern ihr Verhalten in Bezug auf ihre sexuelle Gesundheit
- Die SchülerInnen gehen verantwortungsbewusster mit ihrer (sexuellen) Gesundheit um

Weiterführende Hypothesen:

- Das Bildungsniveau der Eltern wirkt sich nicht auf den Wissenszuwachs aus
- Die Vorkenntnisse der SchülerInnen wird durch einen Migrationshintergrund bedingt
- Das Bildungsniveau der SchülerInnen wirkt sich nicht auf den Wissenszuwachs aus

4.3 Studiendesign

Die Untersuchung zur Zufriedenheit der SchülerInnen und zur Nachhaltigkeit der Vorlesung wurde sowohl quantitativ als auch qualitativ erhoben. Es wurden eine Feedback-Bogen-Befragung, eine Fragebogen-Befragung und Gruppeninterviews durchgeführt.

4.3.1 Feedback-Bogen-Erhebung⁴²

Zunächst wurde ein Feedback-Bogen mit insgesamt 18 Aussagen entworfen. Dabei wurde einerseits die Thematik und Qualität der Vorlesung mit zwölf Aussagen berücksichtigt und die Kompetenz von Dr. Stefan Zippel als Referent mit sechs. Die Antwortmöglichkeiten sind anhand einer Likert-Skala⁴³ mit fünf Ausprägungen ordinal skaliert. Zudem wurde Raum gelassen für Anmerkungen, was als besonders positiv empfunden wurde ebenso wie für Verbesserungsvorschläge, Wünsche und Kritik. Aus Anonymitätsgründen wurden nur das Geschlecht und die Schulart als demographische Daten erfasst. Die Teilnahme war freiwillig und die Auswahl der Schulen erfolgte über den Eingang der Anmeldung zur Vorlesung.

Die Ausgabe der Feedback-Bögen erfolgte im Zeitraum von Februar 2010 bis April 2010 und sie wurden im Anschluss⁴⁴ an die Vorlesung von den SchülerInnen ausgefüllt und von den LehrerInnen an die Psychosoziale Beratungsstelle der Klinik zurückgesandt. Von den eingegangenen Rückmeldungen konnten 1284⁴⁵ ausgewertet werden. Dabei handelt es sich um Bewertungen, die von

- 912 Gymnasiasten⁴⁶ (entsprechen 71,1 %) und
- 372 Berufsschülern (entsprechen 28,9 %)

nach der Teilnahme an der dreistündigen Präventionsvorlesung ‚Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten‘ abgegeben wurden.

⁴² Feedbackbogen siehe Kapitel 11. Anhang.

⁴³ Die methodische Überlegung ist folgende: Man interessiert sich für die Einstellung der Versuchsperson, ein bestimmtes Objekt betreffend. Alle dazugehörigen Items werden als strikt positive oder negative Aussagen formuliert. Der Likert-Skala liegt die Überlegung zu Grunde, dass die Versuchsperson die Aussage eines Items desto mehr ablehnt, je weiter ihre Einstellung von der Formulierung des Items abweicht. In der Gesamtheit werden dann die Antworten auf den Grad der Einstellung abgebildet. Man erhofft sich durch diese Vorgehensweise eine methodisch haltbare Messung der Einstellung.

⁴⁴ Dies erfolgte in der Regel zurück an der Schule in der nächsten Fachstunde des Lehrers.

⁴⁵ Diese Erhebungsmenge entspricht ca. 12 % der Gesamthörerzahl des Schuljahres 2009/2010.

⁴⁶ Berufsoberschulen und Fachoberschulen wurden hier zu den Gymnasien gezählt, da diese ebenso mit dem allgemeinen Abitur beziehungsweise mit Fachhochschulreife abschließen.

4.3.2 Fragebogen-Erhebung⁴⁷

Im Anschluss an die Feedback-Bogen-Erhebung erfolgte eine ‚quasi-experimentelle Längsschnittstudie‘ mittels eines Fragebogens zu drei Zeitpunkten. Dazu wurden die SchülerInnen direkt vor und nach der Vorlesung im Großen Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität befragt, um möglicherweise einen direkten Effekt der Vorlesung zu belegen. Mit Hilfe der Lehrkräfte konnte nach etwa drei Monaten nochmals eine Befragung mit dem gleichen Fragebogen in den Schulen durchgeführt werden.⁴⁸ Dieser wurde von den Lehrkräften an die Psychosoziale AIDS-Beratungsstelle der Klinik zurückgeschickt und diente einer erneuten Kontrolle der erhobenen Daten im zeitlichen Verlauf. Die Teilnahme war auch hier freiwillig und die Auswahl der Schulen erfolgte anhand der eingegangenen Anmeldungen zur Vorlesung. Die Erhebung wurde im Zeitraum von Oktober 2010 bis Juli 2011 durchgeführt.

Anhand eines Wiedererkennungsschlüssels – eines Zuordnungscodes – konnte eine interne Zuordnung der einzelnen Fragebögen erfolgen, was jedoch keinen Rückschluss auf die Identität der befragten Person erlaubte. Der Fragebogen umfasste insgesamt 22 Fragen. Neben demographischen Angaben wie Alter, Schulart und Geschlecht wurde der Bildungsgrad der Eltern, die Risikoeinschätzung, sich mit HIV und einer anderen STI anzustecken abgefragt. Verhaltensfragen und Einschätzungen und Statusabfragen zu Impfung, Kondom wurden durchgeführt. Zudem zielten vier Fragen auf das vermittelte Wissen ab. Aufgrund fehlender oder unleserlicher Zuordnungscodes verringerte sich die Zahl der verwendbaren zweiten (nach der Vorlesung) Fragebögen (II). Bei der Zuordnung des dritten Fragebogens (III) führte die gleiche Problematik erneut zu einer Reduktion. Es ergaben sich folgende Fragebögen-Zahlen je Zeitpunkt.

- 1763 Fragebögen vor der Vorlesung (I)⁴⁹
- 1506 Fragebögen nach der Vorlesung (II)
- 1070 Fragebögen nach drei Monaten (III)

Insgesamt ergab sich daraus eine Grundgesamtheit von etwa 900 Befragten je nach Frage (I, II, III) für die Längsschnittstudie. Die prozentuelle Verteilung der Schularten blieb trotz abnehmender Zuordenbarkeit der Fragebögen weitgehend gleich. Folgende Tabelle gibt

⁴⁷ Fragebogen siehe Kapitel 11. Anhang.

⁴⁸ Hierzu wurde mit den Lehrkräften bei der ersten und zweiten Befragung (beim Besuch der Vorlesung) vereinbart, dass sie nach drei Monaten kontaktiert würden und die Fragebögen zugesandt bekämen. Die dritte Befragung mit Hilfe der Lehrer erfolgte ohne Komplikationen.

⁴⁹ Zum ersten Zeitpunkt wurden 898 Mädchen und 865 Jungen befragt.

einen Überblick über die Schularten zu den drei Erhebungszeitpunkten in Prozent. Grundlage sind die Berechnungen zu den Gesamtkenntnissen zu sexuell übertragbaren Infektionen.

	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Berufsschule	Gesamt
I	29,3%	28,4%	25,7%	16,6%	100%
II	32,1%	24,6%	28,4%	14,9%	100%
III	29%	29,7%	26,3%	15%	100%

Tabelle 1: Prozentuale Verteilung der Schulart zu den einzelnen Zeitpunkten auf der Grundlage der abgefragten Gesamtkenntnisse.

Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,12 Jahren im Mittelwert, die meisten Befragten sind 16 Jahre alt (Modus).

Alter	I	II	III
13	1,1%	1,2%	1,5%
14	8,6%	9,0%	8,9%
15	28,3%	29,4%	30,8%
16	31,7%	29,4%	31,8%
17	16,5%	16,3%	14,6%
18	6,8%	7,3%	5,7%
19	3,1%	3,3%	2,9%
20	2,1%	2,2%	2,3%
21	1,2%	1,1%	0,9%
22	0,2%	0,3%	0,2%
23	0,2%	0,1%	0,2%
24	0,2%	0,2%	0,2%
25	0,1%	0,1%	
26	0,1%	0,1%	
27	0,1%	0,1%	
Insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung des Alters zu den einzelnen Zeitpunkten. Errechnung mittels der erhobenen Gesamtkenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen, da dieses die größte Fragenanzahl beinhaltet.

Der Anteil der SchülerInnen mit Migrationshintergrund liegt bei 6,4 %.⁵⁰ Bei den einzelnen Auswertungen zu den gestellten Fragen des Fragebogens wurden nur diejenigen Personen herangezogen, die zu allen drei Zeitpunkten einen Fragebogen abgegeben oder zu allen drei Zeitpunkten zu einer Frage Angaben gemacht hatten, sodass ein Verlauf deutlich wird. Alle anderen wurden ausgeschlossen.⁵¹ Das führte teilweise zu einer geringeren Grundgesamtheit bei den einzelnen Berechnungen.

Zudem wurde eine Kontrollgruppe gebildet, um die Ergebnisse der Interventionsgruppe zu überprüfen und die Effektivität der Vorlesung als Maßnahme bestätigen oder verwerfen zu können. Diese umfasste eine kleinere Grundgesamtheit von 509 zu einem ersten Zeitpunkt (I) und 469 zu einem zweiten (III) nachdem drei Monate vergangen waren. Das Durchschnittsalter der SchülerInnen der Kontrollgruppe liegt bei einem Mittelwert von 17,01 Jahren und die meisten Befragten sind 16 Jahre alt.

Die erhobenen Schultypen sind in dieser Gruppe nur SchülerInnen von Realschulen und Gymnasien. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Schulart in der Kontrollgruppe.

	Realschule	Gymnasium	Gesamt	N
I	62,6%	37,3%	100%	509
III	64,6%	35,4%	100%	469

Tabelle 3: Prozentuelle Verteilung der Schularten in der Kontrollgruppe.

⁵⁰ Die Herkunft aus folgenden Staaten wurden als Migrationshintergrund zusammengefasst: Russland, Nigeria, Afghanistan, Irak, Kosovo, Usbekistan, Serbien, Bosnien, Rumänien, Moldawien, Polen, Ukraine, Bulgarien, Kroatien, Kasachstan, Mazedonien, Tadschikistan, Thailand, Türkei, Armenien, Slowakei, Äthiopien, Pakistan, Saudi Arabien, Tschechien, Philippinen. Nicht berücksichtigt wurden die Staaten Frankreich, Österreich, England, Irland, USA, Kanada, ebenso die skandinavischen Staaten und die Beneluxländer.

⁵¹ Beispiel: Wenn der zweite Fragebogen (II) nicht in den (SPSS-)Datensatz aufgenommen werden konnte, weil entweder unleserlich codiert oder nicht abgegeben, wurden auch der erste (I) und dritte (III) Fragebogen der jeweiligen Person in der Längsschnittstudie nicht verwendet. Falls nur bei einer bestimmten Frage keine Antwort gegeben wurde, so wurden bei der Auswertung dieser Frage die vorhandenen Angaben nicht berücksichtigt.

4.3.3 Leitfaden-Interviews⁵²

Insgesamt wurden sieben leitfadengestützte Gruppeninterviews durchgeführt, um das quantitative Datenmaterial durch eine qualitative Befragung zu erweitern. Dazu wurde zum einen im Vorfeld bei verschiedenen willkürlich ausgewählten Lehrkräften, die einen Termin für ihre Klassen vereinbart hatten, angefragt, ob sich SchülerInnen freiwillig und anonym für eine Befragung zur Verfügung stellen würden. Hier erfolgten die Gruppeninterviews direkt im Anschluss an die Vorlesung. Zum anderen wurden Schulen nach etwa zehn Wochen angeschrieben und ebenso angefragt, ob sich relativ kurzfristig SchülerInnen freiwillig und anonym für eine ‚retrospektive‘ Befragung zur Vorlesung zur Verfügung stellen würden. Folgende Tabellen geben einen Überblick.

Interview	Datum Befragung	Uhrzeit	Dauer (min)	Schulart	Befragte weiblich (Alter)	Befragte männlich (Alter)	Befragte Gesamt
I	03.03.2011	12:00	32:10	Berufsschule ⁵³	1 (17)	3 (17, 17, 19)	4
II	11.04.2011	12:00	32:35	Berufsschule	4 (18, 19, 20, 21)	1 (18)	5
III ⁵⁴	12.04.2011	12:30	27:47	Berufsschule	3 (18, 23, 23)	-	3

Tabelle 4: Direkt nach der Vorlesung geführte Interviews.

⁵²Leitfaden der Interviews siehe Kapitel 11. Anhang.

⁵³Das Interview I wurde in der Klinik nach dem Besuch der Vorlesung, alle anderen Interviews wurden direkt in der Schule geführt. Wobei zu den Terminen der Interviews II und III die Vorlesung ebenfalls in der jeweiligen Schule abgehalten wurde.

⁵⁴Bei den Interviews III und IV handelt es sich um die gleichen Schülerinnen, die einmal direkt nach der Veranstaltung und erneut nach 16 Wochen befragt wurden.

Interview	Datum Besuch Vorlesung	Datum Befragung	Uhrzeit	Dauer (min)	Schulart	Befragte weiblich (Alter)	Befragte männlich (Alter)	Befragte gesamt
IV	03.03.2011	04.07.2011	10:00	20:49	Berufsschule	3 (18, 23, 23)	-	3
V	04.03.2011	04.07.2011	14:00	15:43	Berufsschule	4 (20, 21, 21, 22)	-	4
VI	06.04.2011	05.07.2011	14:00	25:20	Gymnasium	2 (16, 18)	2 (16, 17)	4
VII	08.04.2011	19.07.2011	11:00	15:50	Realschule	-	3 (16, 16, 17)	3

Tabelle 5: Retrospektive Interviews – Interviews, die 12-16 Wochen nach dem Besuch der Vorlesung geführt wurden

Die Interviews wurden anhand eines digitalen Aufnahmegeräts mitgeschnitten und anschließend wörtlich transkribiert. Den Interviewten wurden dabei fiktive Namen gegeben und – es wurden sofern möglich – Kurzprofile zu ihrer Person erstellt. Im Anschluss wurden die aussagekräftigsten Zitate genannt und interpretiert.

5. ERGEBNISSE DER STUDIE

Nachfolgend werden die Untersuchungsergebnisse präsentiert, die sich aus den drei Erhebungsteilen – der Feedback-Bogen-Erhebung, der Fragebogen-Erhebung und den Gruppeninterviews – zusammensetzen. Der Ergebnisteil ist in vier Abschnitte gegliedert:

Erstens wird die Zufriedenheit der SchülerInnen beschrieben, die sich aus der Feedback-Bogen Befragung ableiten lässt. Es soll ein erster Eindruck entstehen, wie zufrieden die SchülerInnen mit der Vorlesung und dem Vortragenden Stefan Zippel sind und wie Thema und Methode bewertet werden. Zweitens wird aufgezeigt, inwieweit die Vorlesung nachhaltig ist. Dazu werden die durch die Fragebogen-Befragung erhobenen Daten als Ergebnisse dargestellt. Drittens werden die interviewten SchülerInnen anhand von Profilbeschreibungen vorgestellt, um einen persönlichen Eindruck von ihnen zu vermitteln. An vierter und letzter Stelle steht die Auswertung der Gruppeninterviews, die durch Zusammenfassung einzelner Zitatpassagen zu Themenbereichen erfolgte und die Meinung und Haltung der befragten SchülerInnen zur Vorlesung darstellt. Zudem gibt der vierte Teil einen ausführlichen Überblick, wie SchülerInnen mit ihrer Sexualität, HIV/AIDS und STD sowie ihrem Verhütungsverhalten umgehen.

5.1 Befragungsergebnisse zur Zufriedenheit der SchülerInnen

5.1.1 Auswertung der Feedback-Bögen

Die 18 Einzelfragen zur Vorlesung wurden so umcodiert, dass eine Messung der Häufigkeiten der als positiv für die Bewertung geltenden Antwortmöglichkeiten umgesetzt werden konnte. zwölf Items beschreiben die Vorlesung und sechs den Vortragenden. Der Reliabilitätstest ergab für die gesamte Vorlesung (18 Items) ein Cronbachs-Alpha von 0.840. Das Geschlechtsverhältnis unter den Befragten war nahezu gleich. Insgesamt nahmen 1284 Schülerinnen und Schüler teil, davon waren 652 Jungen und 632 Mädchen. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung des Geschlechts.

	N	Prozent
Jungen	652	50,7 %
Mädchen	632	49,2 %
Gesamt	1284	100% (0,1% ohne Angabe)

Tabelle 6: Verhältnis der Geschlechter bei der Feedback-Bogen-Erhebung

5.1.2 Ergebnisse zur Zufriedenheit der SchülerInnen

Insgesamt beurteilen die befragten SchülerInnen die Vorlesung als gut. 797 Schüler finden die Veranstaltung „voll“ gut und 407 Schüler teilweise gut, was zusammen eine positive Beurteilung von 94,1% ausmacht. Nur 1,1 % der Schüler beurteilten den Vortrag als ‚eher nicht‘ beziehungsweise ‚gar nicht‘ gut. Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

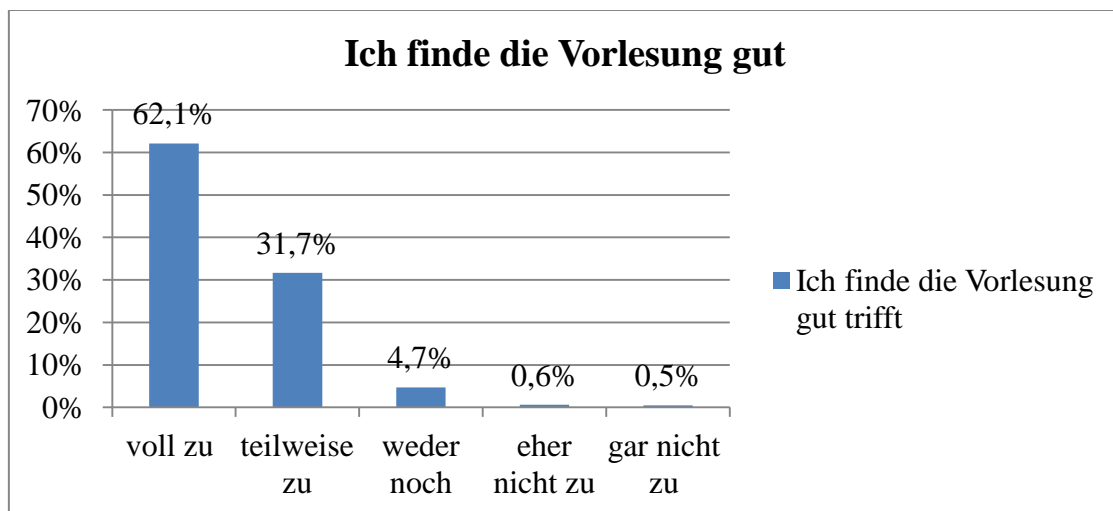


Abbildung 2: Beurteilung der Vorlesung „Ich finde die Vorlesung gut“; n= 1284.

Dies lässt sich durch die Frage nach der Unterhaltsamkeit der Veranstaltung bestätigen. Der Großteil der Befragten, nämlich 1121 Schüler, stimmen hier voll (44,8%) oder teilweise (42,5%) zu.

Ebenso bekräftigt die Frage, ob die Vorlesung als langweilig empfunden werde, das positive Ergebnis, da hier 625 Schüler mit (48,7%) ‚gar nicht‘ und 432 Schüler (33,6%) ‚eher nicht‘ stimmen.

Die vermittelten Informationen werden von 787 Schülern als „voll“ interessant und von 457 teilweise interessant gefunden. Der inhaltliche Aufbau der Vorlesung und die dementsprechende Beleuchtung der Thematik HIV und sexuell übertragbare Krankheiten stößt bei 96,9 % der SchülerInnen auf Interesse. Die folgende Grafik veranschaulicht dies.

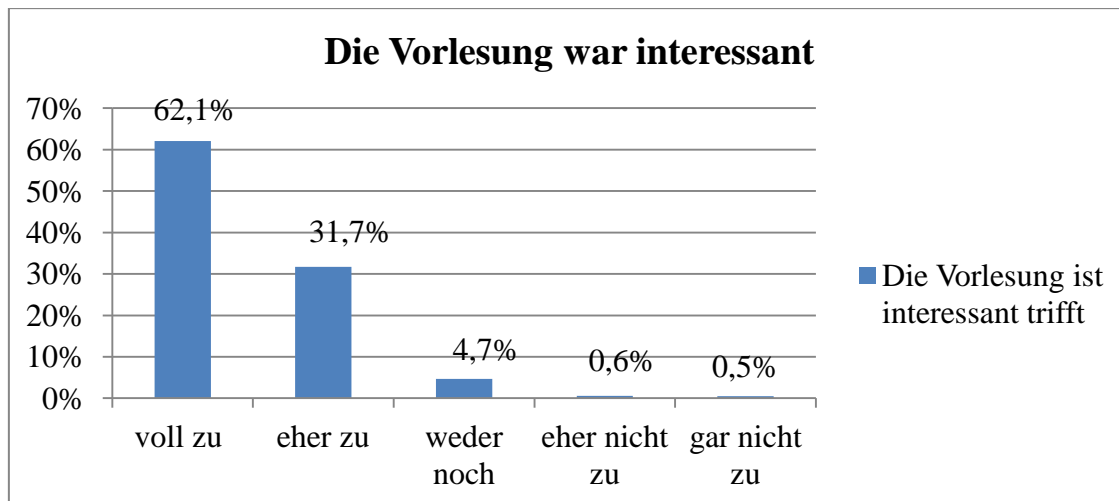


Abbildung 3: Beurteilung der Vorlesung „Die Vorlesung war interessant“; n=1284.

1251 Schüler (97,5%) sind außerdem der Meinung, dass die Informationen voll/teilweise auf einem verständlichen Niveau vermittelt wurden.

Glücklicherweise ist die Thematik für nur wenige Schüler (3,1%) weitgehend neu. Trotzdem stimmen hier (,Die Informationen sind mir weitgehend neu‘) immer noch 621 Schüler (48,4%) ,teilweise zu'. Zudem enthalten sich 20,9% der Befragten – was den Nutzen und das Potential der Präventionsveranstaltung unterstreicht, da für die SchülerInnen unbekanntes Wissen vermittelt wird. Nachstehende Grafik gibt einen Überblick.

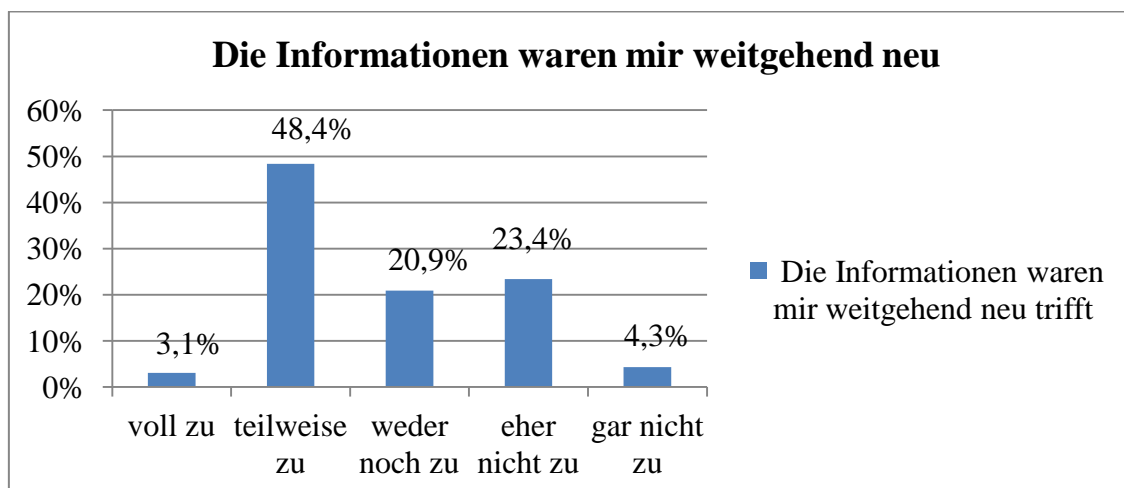


Abbildung 4: Beurteilung der Vorlesung „Die Informationen waren mir weitgehend neu“. n=1284.

Über das herangezogene Bildmaterial⁵⁵ kann gesagt werden, dass es von 36,5 % der befragten SchülerInnen als voll/teilweise zu drastisch empfunden wurde, jedoch trifft dies

⁵⁵ Bildmaterial zur Ausbildung von Medizinstudenten an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München zum Thema HIV/AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten.

für 44,2% ‚eher nicht‘/‚gar nicht zu‘. Hier lässt sich keine eindeutige Aussage treffen. Die folgende Grafik veranschaulicht die Bewertungen der SchülerInnen zum Bildmaterial.

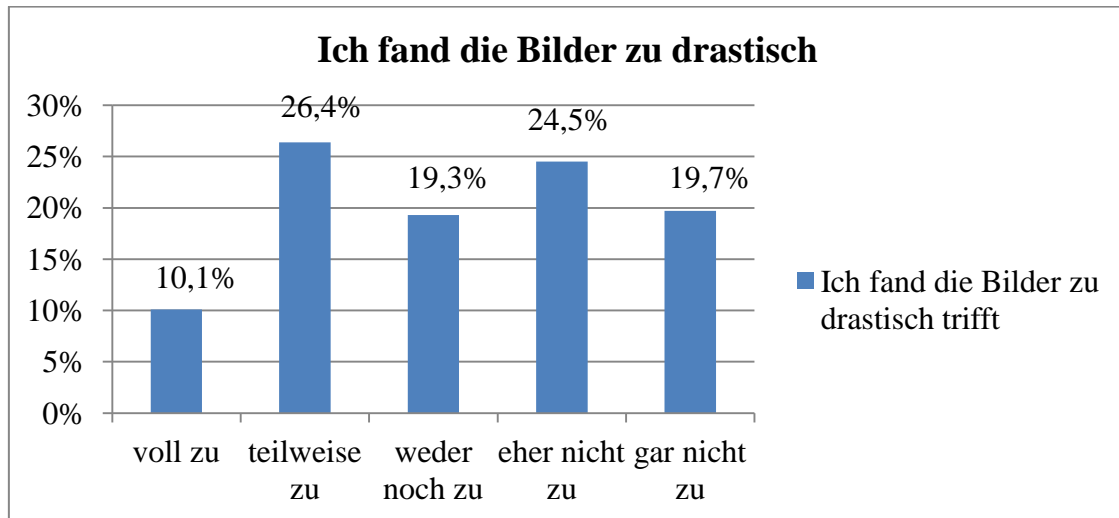


Abbildung 5: Beurteilung der Vorlesung „Ich fand die Bilder zu drastisch“. n=1284.

Dennoch wurde deutlich, dass die in der Vorlesung gezeigten Bilder als positiv im Sinne der Eindrücklichkeit empfunden werden. 1004 Schüler (78,3%) stimmten mit voll/teilweise gut, wenn es um die Erkennung von Geschlechtskrankheiten geht, was als Bestätigung für das eingesetzte Bildmaterial gedeutet werden kann. Nachstehende Grafik gibt die Ergebnisse der positiven Aussage zur Symptom-Wiedererkennung wieder.

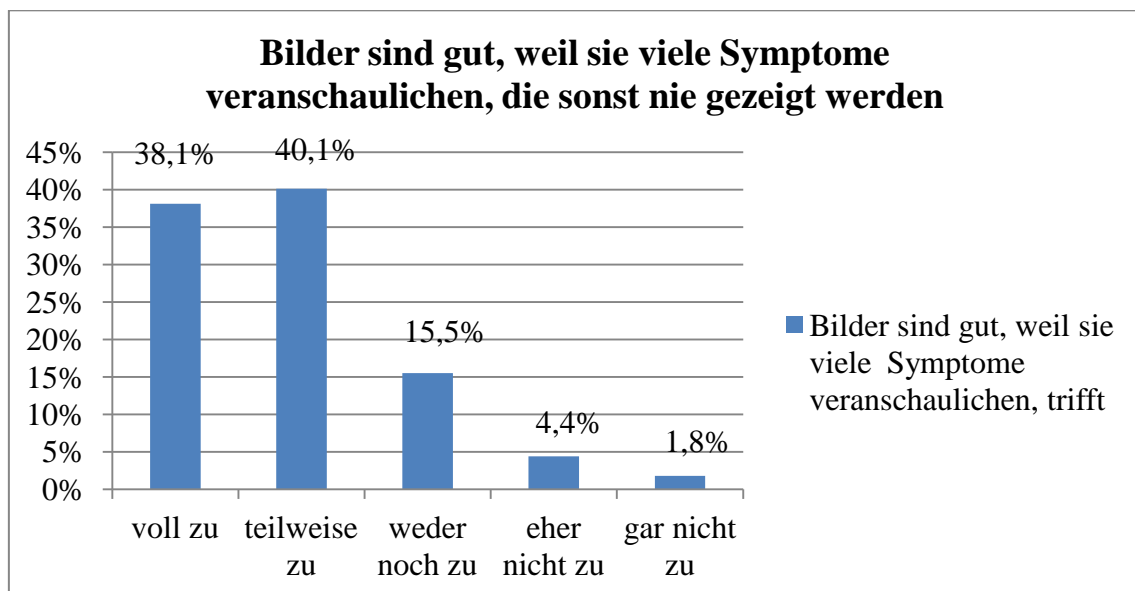


Abbildung 6: Beurteilung der Vorlesung „Die Bilder fand ich gut, weil ich jetzt weiß, wie die Symptome aussehen, die sonst nie gezeigt werden“; n=1284.

Ebenso wurden die als ‚zu drastisch‘ empfundenen Bilder von 839 Schülern (65,4%) dann als voll/teilweise gut erachtet, wenn sie aus dem Blickwinkel der Informationsvermittlung zu sexuell übertragbaren Krankheiten betrachtet werden (21,7% empfanden sie weder als gut noch als schlecht).

Der Vortragende Dr. Stefan Zippel wurde von 79,1 % der Schüler als voll kompetent beurteilt (17,4%: teilweise). Auch waren 1211 Schüler (94,5 %) der Meinung, dass der Vortragende gut auf sie eingegangen sei. Mehr als die Hälfte der Schüler 52,9% empfand durchgehend eine angenehme Atmosphäre (36,4 % stimmen teilweise zu) während des Vortrags. Gehemmt im Plenum Fragen zu stellen waren 28,8% der befragten Schüler. 32,2% der SchülerInnen empfinden die Dauer der Vorlesung als zu lang und für 14,9% sind die vermittelten Informationen zu umfangreich.

5.1.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Zufriedenheitsbefragung

Über die Präventionsveranstaltung lässt sich schon an dieser Stelle sagen, dass sie zur Gesundheitsvorsorge im Sinne der Informationsvermittlung und damit der Prävention von HIV und sexuell übertragbaren Krankheiten beiträgt und von den befragten SchülerInnen sehr positiv aufgenommen wird.⁵⁶ Das betrifft nicht nur die allgemeine Bewertung und das Interesse an der Thematik, sondern auch die Art der Vermittlung und das verwendete Bildmaterial. Gleichzeitig empfinden viele der SchülerInnen die Dauer der Vorlesung als zu lange oder sind unentschieden. Ebenso sieht etwa die Hälfte der SchülerInnen das Bildmaterial als zu drastisch.

Zur Überprüfung der Schulart und des Geschlechts in Bezug auf die Bewertung der Veranstaltung wurden die einzelnen Antwortmöglichkeiten im Feedback-Bogen (vgl. Kapitel 11. Anhang, Feedbackbogen) so umcodiert, dass die positivste Bewertung fünf Punkten entspricht. Die negativsten Antworten zählen nur noch einen Punkt. Damit ergibt sich ein Höchstwert von 90 Punkten (18 Aussagen zur Bewertung*5 Punkte pro Antwort) für die positive Bewertung der Gesamtveranstaltung. Entsprechend hat die gesonderte Beurteilung des Vortragenden einen Höchstwert von 30 Punkten (6 Aussagen*5 Punkte pro Antwort). Zur Berechnung der Einflussfaktoren wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben herangezogen, da davon ausgegangen werden kann, dass bei einer ordinalskalierten 5-Punkt-Likert-Skala, wie sie bei der Feedback-Bogen Befragung vorliegt, ein Mittelwertvergleich (parametrisches Verfahren) gegenüber nicht-parametrischen Verfahren (Mann-Whitney-Wilcoxon) die gleiche Teststärke hervorbringen (vgl. Winter & Dodou 2010). Mittels eines T-Tests für unabhängige Stichproben wurden die abhängigen Variablen der Bewertung der Gesamtvorlesung und der Bewertung des Vortragenden in Bezug auf die unabhängigen Variablen Schulart – es wurden nur zwei Schularten erhoben – und Geschlecht untersucht.

Zunächst erfolgt der T-Test zur Überprüfung eines Einflusses der Schulart. Dieser ergab für die Gesamtvorlesung $t(644,04)=2,291$; $p=0,022$ (signifikant) einen signifikanten Unterschied in der Bewertung des Vortrags. Für die separate Bewertung des Vortragenden ergab sich mit $t(623,81)=3,222$; $p=0,001$ (hoch signifikant) ebenfalls ein hoch signifikanter

⁵⁶ Was hier unklar bleibt, ist die Präventionswirkung im Zeitverlauf. Dies zu untersuchen war auch nicht beabsichtigt, da es sich um eine reine Feedback-Erhebung handelte. Zum Abschluss dieser Erhebung zeigte sich, dass eine Abfrage des vorhandenen faktischen Wissens und der vermittelten Fakten ebenso wie die Motive und ihre Änderung im Umgang mit der jugendlichen Gesundheit und Sexualität notwendig ist, um konkretere Aussagen über einen Effekt der Vorlesung treffen zu können.

Unterschied in der Bewertung der jeweiligen Schulart. (Die Freiheitsgrade wurden aufgrund eines signifikanten Levene-Vortests korrigiert).

Demnach bewerten die GymnasiastInnen die Gesamtvorlesung signifikant besser als die BerufschülerInnen ($M=74,82$, $SD=6,51$ vs. $M=73,84$, $SD=7,02$, $p=0,022$, signifikant). Bei einer minimalen Effektstärke von $g=-0,147$ bedeutet dies jedoch, dass das Ergebnis der Signifikanz praktisch nicht relevant ist. Die Signifikanz ist aufgrund der hohen Stichprobe (n) gegeben. Ebenso verhält es sich bei der Bewertung des Vortragenden. Der Vortragende wurde durch die GymnasiastInnen hoch signifikant besser bewertet als durch die BerufschülerInnen ($M=27,25$, $SD=2,66$ vs. $M=26,69$, $SD=2,98$, $p=0,001$, hoch signifikant). Hier liegt mit $g=-0,203$ nur ein kleiner Effekt vor, der wiederum die errechnete hohe Signifikanz entkräftet.

Der T-Test zur Berechnung eines Einflusses des Geschlechts auf die Beurteilung der Gesamtvorlesung ergab mit $t(1264)=0,658$; $p=0,510$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Unterschied. Ebenfalls zeigte sich keiner in der Bewertung des Vortragenden zwischen den Geschlechtern mit $t(1264)=0,06$; $p=0,952$ (nicht signifikant). Eine Differenz in den Freiheitsgraden des T-Tests im Vergleich zur Grundgesamtheit N ergibt sich daraus, dass nicht alle SchülerInnen alle Antwortmöglichkeiten angekreuzt hatten. Es wurden nur die Feedbackbögen mit einbezogen, die vollständig ausgefüllt waren).

Betrachtet man die unterschiedlichen Ergebnisse auf spezifische Zusammenhänge zwischen dem Bildungsgrad (Gymnasium vs. Berufsschule) der Befragten und der unterschiedlichen Geschlechterziehung von Jungen und Mädchen, so könnte angenommen werden, dass sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die folgenden Hypothesen ergibt:

- die Neuheit der vermittelten Informationen („Die Informationen waren mir weitgehend neu“),
- das Vermittlungsniveau („Die Information wurde auf einem verständlichen Niveau vermittelt“),
- das Interesse der SchülerInnen an der Thematik („Die Veranstaltung war langweilig“ / „Die Informationen waren interessant“)
- das verwendete Bildmaterial („Ich fand die Bilder gut, da sie auf mich so abschreckend gewirkt haben, dass ich mir vorgenommen habe, beim Sex vorsichtig zu sein“ / „Ich fand die Bilder zu drastisch“ / „Ich fand die Bilder gut, da ich jetzt weiß, wie die Krankheiten aussehen“)

Die Antwortmöglichkeiten der obenstehenden formulierten Themenbereiche wurden so umcodiert, bzw. zusammengefasst, dass sie dieselbe Richtung haben. Zunächst erfolgte anhand eines T-Tests für unabhängige Stichproben eine Überprüfung des Einflusses der Schulart auf die erste Hypothese „Neuheit der vermittelten Informationen“. Bei der Schulart ergab sich mit $t(1277) = -0,552$; $p = 0,582$ (nicht signifikant) kein signifikanter Unterschied in der Bewertung. Ebenso konnte im Hinblick auf das Geschlecht mit $t(1277) = -1,343$; $p = 0,18$ (nicht signifikant) kein signifikanter Unterschied in der Bewertung festgestellt werden.

Der T-Tests zur Überprüfung eines Einflusses der Schulart auf die zweite Hypothese ‚Bewertung des Vermittlungsniveaus‘ ergab mit $t(559,35) = 3,109$; $p = 0,002$ einen hoch signifikanten Unterschied. Die SchülerInnen des Gymnasiums bewerten das Vermittlungsniveau der Vorlesung hoch signifikant besser als die BerufsschülerInnen ($M = 4,81$, $SD = 0,44$ vs. $M = 4,71$, $SD = 0,57$, $p = 0,002$, hoch signifikant). Auch bei dieser Berechnung ist die Signifikanz der großen Stichprobe geschuldet. Die Effektstärke bestätigt mit $g = -0,208$ nur einen kleinen Effekt in der Bewertung von GymnasiastInnen und BerufsschülerInnen.

Der T-Test zur Überprüfung eines Einflusses des Geschlechts auf die Beurteilung des Vermittlungsniveaus ergab mit $t(1277) = -0,486$; $p = 0,627$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung zwischen den Jungen und Mädchen ($M = 4,78$, $SD = 0,492$ vs. $M = 4,79$, $SD = 0,477$, $p = 0,627$, nicht signifikant).

Für die dritte Hypothese ‚Interesse der SchülerInnen an der Thematik‘ wurde ebenfalls ein T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, um einen möglichen Einfluss der Schulart und des Geschlechts zu berechnen.

Dieser ergab für die unabhängige Variable Schulart mit $t(674,56) = 2,19$; $p = 0,029$ (signifikant) einen signifikanten Unterschied. Die GymnasiastInnen geben ein signifikant höheres Interesse an der Thematik an, als die BerufsschülerInnen ($M = 8,85$; $SD = 1,29$ vs. $M = 8,67$; $SD = 1,32$, $p = 0,029$, signifikant). Jedoch zeigt die Effektstärke mit $g = 0,139$ nur einen minimalen und zu vernachlässigenden Effekt, der das signifikante Ergebnis entkräftet.

Für die unabhängige Variable ‚Geschlecht‘ ergab sich mit $t(1277) = 0,587$; $p = 0,558$ (nicht signifikant) kein signifikanter Unterschied. Es liegt demnach kein Unterschied bei den Angaben zum Interesse an der Thematik zwischen den befragten Jungen und Mädchen vor ($M = 8,82$, $SD = 1,29$ vs. $M = 8,78$, $SD = 1,30$, $p = 0,558$, nicht signifikant).

Die vierte Hypothese zur Bewertung des ‚verwendeten Bildmaterials‘ wurden ebenfalls mittels eines T-Tests für unabhängige Stichproben auf einen Einfluss der Schulart und des Geschlechts überprüft. Der T-Test für die unabhängige Variable Schulart ergab mit $t(1277) = -2,662$; $p = 0,008$ (hoch signifikant) einen hoch signifikanten Unterschied in der Beurteilung. In diesem Fall bewerten die BerufsschülerInnen das verwendete Bildmaterial hoch signifikant höher als die GymnasiastInnen ($M = 11,30$, $SD = 2,29$ vs. $M = 10,91$, $SD = 2,30$, $p = 0,008$, hoch signifikant). Mit einer minimalen Effektstärke von $g = -0,170$ ist dieses signifikante Ergebnis jedoch relevant.

Der T-Test zur Überprüfung des Einflusses des Geschlechts ergab mit $t(1277) = 1,547$; $p = 0,122$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Unterschied in der Bewertung zwischen den Jungen und Mädchen ($M = 11,13$, $SD = 2,34$ vs. $M = 10,93$, $SD = 2,26$, $p = 0,122$, nicht signifikant).

Bei diesem Themenbereich zeigt sich, dass die SchülerInnen generell nicht so hoch (positiv) bewerten wie bei den anderen Themenbereichen. Aufgrund der geringen signifikanten Unterscheidung zwischen den Schularten und der fehlenden signifikanten Differenzierung zwischen den Geschlechtern kann hier keine nähere Spezifizierung der allgemeinen Auswertung der Feedback-Bögen gemacht werden. Dies mag am Design des Erhebungsbogens liegen, da dieser als Feedback-Bogen ausgelegt ist und keine differenzierte Erhebung oder Auswertung diesbezüglich ermöglicht. Die Erhebung von Gymnasium und Berufsschule ist zu unzureichend, um eine konkrete Aussage über schulspezifische Bewertungstendenzen zu treffen: Es wurden keine Hauptschulen und Realschulen befragt. Zudem wurden bivariate Zusammenhänge untersucht, sie zeigen Zusammenhänge zwischen zwei Faktoren. In diesem Fall wurden die Antwortmöglichkeiten „Die Informationen waren interessant“ mit der Antwortmöglichkeit „Ich fand die Bilder zu drastisch“ untersucht, um festzustellen, ob eine Bewertung des verwendeten Bildmaterials mit einer Bewertung der Vorlesung als interessant korreliert. Daraus ergab sich mit $r(1284) = 0,088$; $p < 0,001$ (höchst signifikant) eine höchst signifikante Korrelation. Die SchülerInnen bewerten die Vorlesung als interessanter, je drastischer sie das Bildmaterial empfinden. Bestätigt wird dies mit dem Ergebnis der Untersuchung einer bivariaten Korrelation zwischen der Aussage: „Ich fand das Bildmaterial zu drastisch“ und der Aussage: „Ich fand die Vorlesung gut“. Daraus ergab sich mit $r(1279) = 0,106$; $p < 0,001$ (höchst signifikant) ebenfalls eine höchst signifikante Korrelation. Diese zeigt, dass die befragten SchülerInnen die Vorlesung besser finden, je drastischer das Bildmaterial empfunden wird.

Die Antworten auf die offenen Fragen zu Verbesserungsvorschlägen und „was den befragten Schülern besonders gut gefallen habe“ unterstreichen die positive Bewertung der quantitativen Befragung. Die offene Kommunikation über HIV/AIDS, sexuell übertragbare Infektionen und vor allem über Sexualität durch den Vortragenden wurde von vielen SchülerInnen geschätzt. Der lockere Umgang und der Anstoß zur Auseinandersetzung mit der Thematik, zudem das Angebot des ‚Kondomführerscheins‘ mit Ausgabe von Gratiskondomen am Ende der Vorlesung wurden wiederholt hervorgehoben.

Die Art der Wissensvermittlung wurde durchweg positiv wahrgenommen. Die Powerpointpräsentation wurde sehr gut angenommen, da sie detailliert theoretisches Wissen (z.B. T-Zellen) veranschaulicht. Einige SchülerInnen lobten explizit das Bildmaterial, da man nur vom Hörensagen keinen Eindruck bekäme, um was es sich bei Geschlechtskrankheiten handle. Das Bildmaterial schlägt damit eine Brücke zur Praxis und wurde als wichtig erachtet, um das Wissen zu speichern. Bei der Vermittlung wurde die interessante, witzige und realitätsnahe Gestaltung und die lockere Art des Vortragenden im Umgang mit den sonst noch immer tabuisierten Themen gelobt. Es wurde auch angeregt, die Vorlesung, beziehungsweise die Thematik, schon zwei Jahre früher in der Schule zu behandeln.

Der Anfang des Vortrags wurde teilweise als langweilig und zu ausführlich beschrieben, ebenso beurteilten die SchülerInnen die Dauer des Vortrags als nachteilig für die Konzentration. Eine Pause wurde sehr oft als Verbesserungsvorschlag genannt und gewünscht.⁵⁷

⁵⁷ Eine offizielle Pause ist aufgrund der Rahmenbedingungen des Settings ‚Klinik‘ nicht möglich, da kein Pausenhof vorhanden ist und die sanitären Bedingungen sehr begrenzt sind. Die SchülerInnen können den Hörsaal jedoch zu jeder Zeit verlassen, um eine Toilette aufsuchen.

5.2 Befragungsergebnisse zur Fragebogen-Erhebung

5.2.1 Auswertung der Fragebögen

Da sich der Fragebogen – wie im Methodenteil bereits beschrieben – aus Fragen zu unterschiedlichen Themen zusammensetzt, wurde individuell nach Themenbereich ausgewertet.

5.2.2 Kenntnisse zum Thema sexuell übertragbarer Infektionen

Die Fragen 20, 21, 22 und 23 des Fragebogens dienen der Ermittlung des Wissensstands und wurden so umcodiert, dass eine Messung der Häufigkeit der richtigen Antworten möglich war. Sowohl die als richtig angekreuzten Werte als auch die korrekt freibleibenden Werte zählten als ein Punkt. Selten wurden bei den gestellten Wissensfragen alle Antworten angekreuzt. Um auch diese Fragen berücksichtigen zu können und nicht all diese als ‚korrekt‘ zu bewerten, wurde die genannte Auswertungsstrategie genutzt.

Damit ist eine Erfassung des gesamten abgefragten Wissens durch 20 Items mit je einem Punkt(wert) möglich, ebenso eine differenzierte Erfassung nach einzelnen gestellten Fragen. Der Reliabilitätstest ergab ein Crohnbach-Alpha von 0.816. Das Auswertungsmodell liefert demnach eine gute interne Konsistenz.

Zunächst wurde überprüft, ob es einen signifikanten Zuwachs der Kenntnisse durch die Vorlesung gibt. Zur Überprüfung der Annahme, dass die drei Erhebungszeitpunkte als unabhängige Variable einen Einfluss auf die abhängige Variable ‚Kenntnisstand‘ der befragten SchülerInnen vorweisen, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die gesamten Kenntnisse (umcodierte Fragen 20, 21, 22 und 23) zu den drei Erhebungszeitpunktgruppen ‚vorher‘, ‚nachher‘ und ‚zeitverzögert‘ der Interventionsgruppe durchgeführt. Da die Sphärizität (die Homogenität der Varianzen als Voraussetzung für den Test) nicht gegeben war, wurde zur Korrektur der Freiheitsgrade eine Greenhouse-Geisser-Korrektur gerechnet.

Diese ergab $F(1,91; 1683,15) = 1216,47$; $p < 0,001$, höchst signifikant. Demnach kann ein höchst signifikanter Unterschied bei den verglichenen Mittelwerten zum Kenntnisstand zu den drei Erhebungszeitpunkten bestätigt werden. Die Post hoc Tests (Bonferroni) ergaben für den Vergleich des ersten Zeitpunkts (‚vorher‘) eine höchst signifikante Unterscheidung des Kenntnisstands zum zweiten Erhebungszeitpunkt (‚nachher‘) ($M=12,35$ $SD=3,13$, vs. $M=17,14$, $SD=2,28$, $p > 0,001$, höchst signifikant). Mit einer Effektstärke von $d=1,749$ zeigt

sich ein ausgesprochen großer Effekt der Vorlesung auf die Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen. Ebenso ließ sich beim Vergleich des ersten Erhebungszeitpunkts (,Vorher‘) zum dritten Erhebungszeitpunkts (,Zeitverzögert‘) ein höchst signifikanter Unterschied des Kenntnisstands bestätigen ($M=12,35$, $SD=3,13$, vs. $M=15,99$, $SD=2,54$, $p=0,001$, höchst signifikant). Die Effektstärke mit $d=1,277$ bestätigt das höchst signifikante Ergebnis. Folglich bewirkt die Vorlesung einen höchst signifikanten Kenntniszuwachs zu sexuell übertragbaren Infektionen bei den SchülerInnen. Dieser ist sowohl direkt nach der Vorlesung als auch drei Monate danach bei der wiederholten Befragung vorhanden. Es zeigt sich zudem, dass die SchülerInnen wieder höchst signifikant angeeignete Kenntnisse vergessen, wenn man den zweiten Erhebungszeitpunkt (,nachher‘) mit dem dritten Erhebungszeitpunkt (,zeitverzögert‘) vergleicht ($M=17,14$, $SD=2,28$ vs. $M=15,99$, $SD=2,54$, $p=0,001$, höchst signifikant). Mit $d=-0,476$ relativiert sich das höchst signifikante Ergebnis jedoch, da die Zeitspanne von drei Monaten nur einen mittleren Effekt auf das Vergessen hat. Der höchst signifikante Effekt der Vorlesung auf das Niveau der Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen vom ersten zum dritten Erhebungszeitpunkt bleibt demnach erhalten. Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick der Mittelwerte zu den drei Zeitpunkten, die Höchstpunktzahl liegt bei 20 Item-Punkten für die gesamten Kenntnisse:

Vergleich der Mittelwerte des Kenntnisstands zu den drei Erhebungszeitpunkten (mögliche Höchstpunktzahl $M=20$)	M	SD	N
Erster Zeitpunkt ,vorher‘	12,35	3,128	884
Zweiter Zeitpunkt ,nachher‘	17,14	2,282	884
Dritter Zeitpunkt ,zeitverzögert‘	15,99	2,535	884

Tabelle 7: Mittelwerte zum Kenntnisstand zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Der mögliche Höchstwert für M entspricht 20 Item-Punkten.

Die geringere Grundgesamtheit (N) im Vergleich zur Anzahl der insgesamt erhobenen Fragebögen in den einzelnen Gruppenvergleichen ergibt sich dadurch, dass nur diejenigen Werte beim Errechnen herangezogen werden konnten, die zu allen drei Messzeitpunkten bei jeweils einer Person vorhanden waren (vgl. Kapitel III, 3.2 Fragebogen-Erhebung).

In Prozent ausgedrückt bedeutet dies, dass die richtig angegebenen Antworten von 61,7% vor der Vorlesung auf 85,7% nach der Vorlesung steigen. Nach drei Monaten werden immer noch 80% richtige Antworten gegeben. Die folgende Graphik gibt einen Überblick.

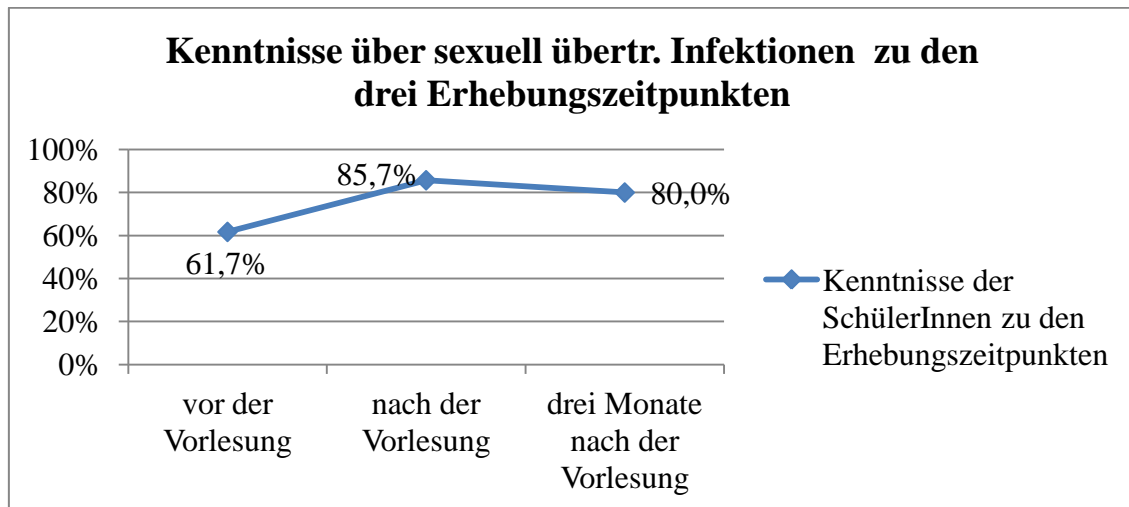


Abbildung 7: Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen zu den drei Erhebungszeitpunkten. N=884.

5.2.2.1 Kenntnisse in der Kontroll- und Interventionsgruppe

Es wurde angenommen, dass die Kontrollgruppe die Wirksamkeit der Vorlesung in Bezug auf den Kenntniszuwachs bestätigt und im Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe zur wiederholten zeitverzögerten Befragung nach drei Monaten ein signifikanter Unterschied der Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen besteht. Die Kontrollgruppe besteht aus einer kleineren Stichprobe als die Interventionsgruppe. Trotzdem wird an dieser Stelle von einer Vergleichbarkeit ausgegangen (vgl. Liao et. al 2010). Mit Hilfe eines T-Tests für unabhängige Stichproben wurden die Mittelwerte des Kenntnisstands beider Gruppen als abhängige Variable sowohl zum ersten Zeitpunkt (vor der Vorlesung bei der Interventionsgruppe) als auch zum zweiten Zeitpunkt (drei Monate nach der Vorlesung bei der Interventionsgruppe) verglichen.

Der T-Test ergab zum ersten Zeitpunkt (vor der Vorlesung bei der Interventionsgruppe) $t(2217) = -1,847$; $p = 0,065$, nicht signifikant. Beim Vergleich der Mittelwerte zum ersten Zeitpunkt liegt zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe kein signifikanter Unterschied der Mittelwerte des erhobenen Kenntnisstands vor ($M = 12,48$, $SD = 3,27$ vs. $M = 12,79$, $SD = 3,19$, $p = 0,065$, nicht signifikant). Bei der Wiederholungsbefragung nach drei Monaten (drei Monate nach dem Besuch der Vorlesung bei der Interventionsgruppe) ergab der T-Test $t(639,89) = 15,092$; $p < 0,001$, höchst signifikant. Der Vergleich der Mittelwerte zum zweiten Zeitpunkt zeigt einen höchst signifikanten höheren Mittelwert des

erhobenen Kenntnisstands in der Interventionsgruppe ($M=15,99$, $SD=2,50$ vs. $M=13,23$, $SD=3,47$, $p<0,001$, höchst signifikant). Die korrelierte Effektstärke $d=1,061$ bestätigt einen starken Effekt der Vorlesung im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Damit hat die Vorlesung einen starken positiven Effekt auf den Kenntnisstand der SchülerInnen. Der Zuordnungsschlüssel für die jeweilige Person führte zu einer erheblichen Reduktion der verwendbaren Fragebögen bei der Interventionsgruppe. Aufgrund der Zuordnungsprobleme bei der Eingabe der Fragebögen der Interventionsgruppe wurde bei der Kontrollgruppe kein Wiedererkennungsschlüssel mehr angewendet. Damit konnten die Fragebögen nicht mehr direkt einer Person zugeordnet werden, es wurden jedoch dieselben SchülerInnen befragt. Dadurch ist eine Errechnung eines Fragebogeneffekts in der Kontrollgruppe nicht eindeutig. Die Differenz der Grundgesamtheit ergibt sich daraus, dass nicht alle SchülerInnen zum verzögerten Zeitpunkt nochmals einen Fragebogen ausgefüllt haben.

In Prozent ausgedrückt bedeuten die Ergebnisse, dass die SchülerInnen der Kontrollgruppe zum ersten Zeitpunkt 63,95% ($N=483$) und zum zweiten 66,15% ($N=440$) die richtigen Antworten zu den erhobenen Kenntnissen gaben. Die Interventionsgruppe gibt vor der Vorlesung zu 61,7% die richtigen Antworten, direkt nach der Vorlesung 85,7%. Nach drei Monaten werden 80% richtige Antworten gegeben. Folgende Graphik veranschaulicht die Ergebnisse des Vergleichs der Interventions- mit der Kontrollgruppe.

Gesamtwissen - Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

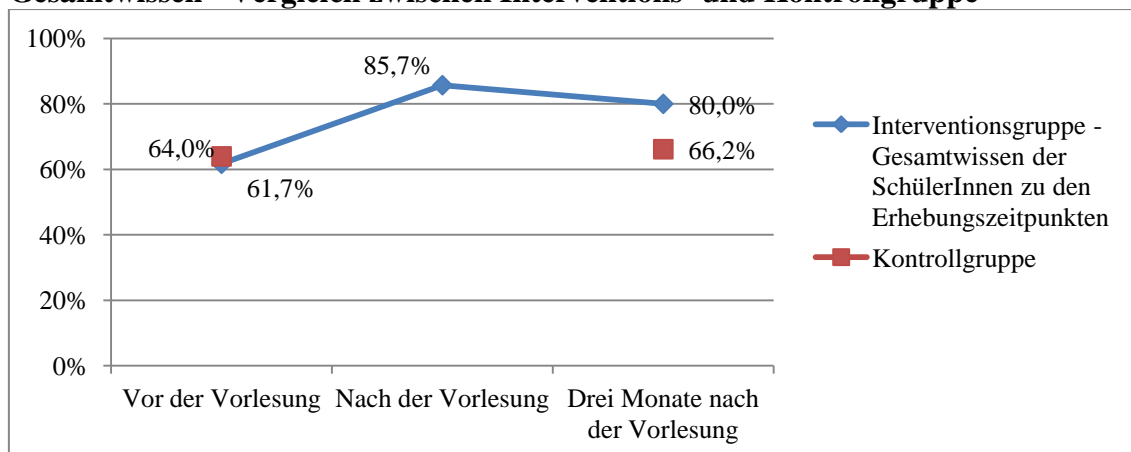


Abbildung 8: Vergleich Interventions- und Kontrollgruppe – Gesamtwissen zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Die Kontrollgruppe bestätigt den positiven Effekt der Vorlesung auf den Kenntnisstand der SchülerInnen. An dieser Stelle bleibt ungeklärt, ob der Fragebogen allein – in der Kontrollgruppe – auch einen Effekt hat. Die beiden Mittelwerte unterscheiden sich gering voneinander. Eine statistische Berechnung ist für den Effekt des Fragebogens nicht möglich.

5.2.2.2 Geschlecht und Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen

Zur Überprüfung des Geschlechts als Einflussfaktor auf den Kenntnisstand der Schülerinnen und Schüler im Zeitverlauf wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf den Faktor Geschlecht durchgeführt. Dabei wurde untersucht, ob der Faktor Geschlecht den Kenntnisstand im Zeitverlauf beeinflusst. Da die Sphärizität nicht gegeben war, wurde zur Korrektur der Freiheitsgrade eine Greenhouse-Geisser-Korrektur gerechnet. Diese ergab mit $F(1,91; 1681,62)=0,084$, $p=0,912$, (nicht signifikant) keinen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Geschlechts auf den Kenntnisstand im Zeitverlauf. Die Testung des nicht messwiederholten Haupteffekts Geschlecht ergab mit $F(1,882)=-5,049$; $p=0,025$ (signifikant) ein signifikantes Ergebnis. Mit einer Effektstärke von $d=0,120$ hat das Geschlecht jedoch nur einen sehr kleinen Effekt auf die Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen. Die folgende Tabelle gibt die Mittelwerte in Bezug auf das Geschlecht wieder.

Vergleich der Mittelwerte des Kenntnisstands zu den drei Erhebungszeitpunkten und dem Faktor Geschlecht (mögliche Höchstpunktzahl M=20)	Geschlecht	M	SD	N
Erster Zeitpunkt (,vorher‘)	männlich	12,19	3,108	403
	weiblich	12,48	3,141	481
	Total	12,35	3,128	884
Zweiter Zeitpunkt (direkt ,nachher‘)	männlich	16,94	2,562	403
	weiblich	17,30	2,006	481
	Total	17,14	2,282	884
Dritter Zeitpunkt (,zeitverzögert‘ nach drei Monaten)	männlich	15,84	2,588	403
	weiblich	16,11	2,486	481
	Total	15,99	2,535	884

Tabelle 8: Mittelwerte des Kenntnisstands zu sexuell übertragbaren Infektionen zu den drei Erhebungszeitpunkten in Bezug auf das Geschlecht.

Die nachstehende Graphik veranschaulicht die Kenntnisstände im Zeitverlauf in Unterscheidung von Mädchen und Jungen in Prozent. Die Mittelwerte wurden dafür in Prozent umgerechnet. Einhundert Prozent entsprechen 20 Punkten.

Kenntnisse über sex. übertr. Infektionen – Vergleich zwischen Mädchen und Jungen

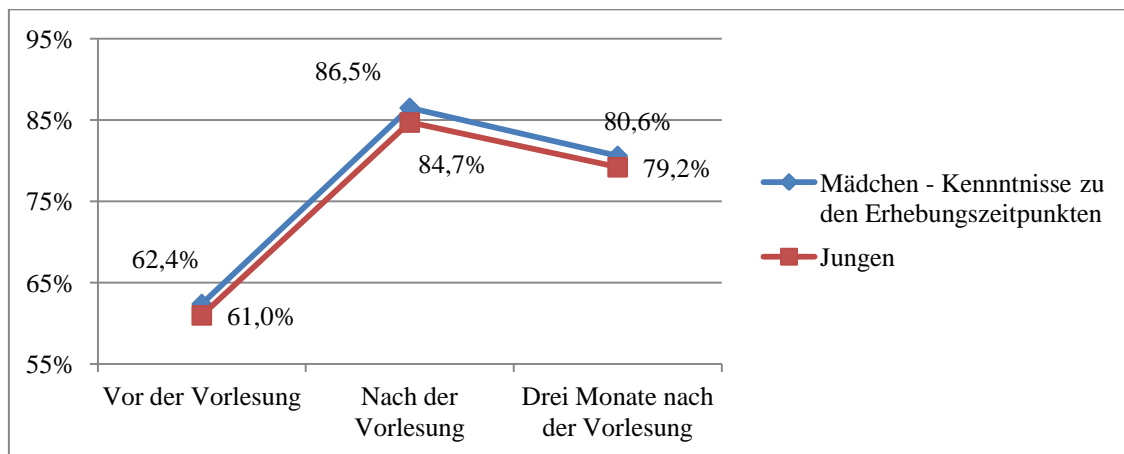


Abbildung 9: Vergleich Mädchen (N=481) und Jungen (N=403) – Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Der Verlauf der Graphen zeigt, dass der Anstieg und Abfall der Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen im Zeitverlauf zwischen den Geschlechtern im gleichen Verhältnis verläuft. Ein Interaktionseffekt von Geschlecht liegt nicht vor, jedoch haben die Mädchen einen signifikant höheren Kenntnisstand als die Jungen.

5.2.2.3 Schulart und Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen

Die durch den Fragebogen erhobenen Schularten wurden zu vier Kategorien zusammengefasst. Die erhobenen Angaben zur Haupt- und Mittelschule wurde zur Kategorie Hauptschule zusammengefasst. Zur Kategorie Gymnasium wurden die Angaben Gymnasium, Fachober- und Berufsoberschule gezählt. Die Kategorien Realschule und Berufsschule blieben wie gehabt bestehen. Von Interesse war einerseits ob der Faktor Schulart einen Einfluss auf die Kenntnisse im Zeitverlauf hat, andererseits sollte herausgearbeitet werden, ob sich die Kenntnisse der Jugendlichen in Bezug auf ihre Schulart signifikant voneinander unterscheiden.

Zunächst wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf den Faktor Schulart gerechnet, um einen möglichen Einfluss der Schulart auf den Kenntnisstand zum ersten (‘Vorher‘) und dritten (‘Zeitverzögert‘) Zeitpunkt zu bestimmen. Diese ergab mit $F(3,1012)=1,845$; $p=0,137$ (nicht signifikant) keinen Interaktionseffekt der Schulart auf den Verlauf der Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen. Die Testung des nicht messwiederholten Haupteffekt ‘Schulart‘ ergab mit $F(3,1012)=60,112$; $p<0,001$ (höchst signifikant) ein höchst signifikanten Effekt auf den Kenntnisstand der SchülerInnen.

Folgende Tabelle gibt die Mittelwerte wieder, die zur Berechnung herangezogen wurden.

Vergleich der Mittelwerte des Kenntnisstands zu zwei Erhebungszeitpunkten und dem Faktor Schulart (mögliche Höchstpunktzahl M=20)	Kategorie Schulart	M (Abkürzung Interpretation)	SD	N
Erster Zeitpunkt („vorher“)	Hauptschule	10,97 (1)	3,028	301
	Realschule	13,02 (2)	3,126	307
	Gymnasium	13,36 (3)	2,759	270
	Berufsschule	12,61 (4)	3,218	138
	gesamt	12,45	3,168	1016
Zweiter Zeitpunkt („zeitverzögert“ nach drei Monaten)	Hauptschule	14,79 (5)	2,574	301
	Realschule	16,26 (6)	2,483	307
	Gymnasium	17,04 (7)	1,626	270
	Berufsschule	16,06 (8)	2,693	138
	gesamt	16,00	2,498	1016

Tabelle 9: Mittelwerte der Kenntnisse zu den zwei relevanten Zeitpunkten in Bezug auf die Schulart.

Zur Überprüfung einer signifikanten Unterscheidung der einzelnen Schularten untereinander zu den zwei Untersuchungszeitpunkten wurden Post hoc Tests (Bonferroni) durchgeführt. Es zeigte sich, dass der Kenntnisstand der HauptschülerInnen sich sowohl zum ersten Erhebungszeitpunkt ($M_1=10,97$, $p<0,001$, höchst signifikant, $d=0,479$) als auch zum zweiten ($M_5=14,79$, $p<0,001$, höchst signifikant, $d=0,468$) höchst signifikant von den Kenntnissen der anderen Schularten (Realschule, Gymnasium und Berufsschule, vgl. Tabelle 9) unterscheidet. Die Effektstärke relativiert diese Berechnung und zeigt einen mittleren Effekt an. Die HauptschülerInnen haben damit zu Beginn die wenigsten Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen und sind auch drei Monate nach der Vorlesung die SchülerInnen mit dem niedrigsten Kenntnisstand, der sich mit einem mittleren Effekt von den anderen Schulen unterscheidet (vgl. Tabelle 9). Zudem wurde deutlich, dass die Kenntnisse der SchülerInnen der Gymnasien zum zweiten Erhebungszeitpunkt ($M_7=17,04$, $p>0,001$, höchst signifikant) höchst signifikant höher sind als die in den anderen Schularten (Haupt-, Real- und Berufsschule – vgl. Tabelle 9). Eine Effektstärke von $d=0,562$ bestätigt einen mittleren Effekt, relativiert jedoch das höchst signifikante Ergebnis. Die Kenntnisse der RealschülerInnen und BerufsschülerInnen unterscheiden sich zum ersten Zeitpunkt ($M_2=13,02$ vs. $M_4=12,61$, $p>0,10$, nicht

signifikant) und zum zweiten Zeitpunkt ($M_6=16,26$ vs. $M_8=16,06$, $p>0,10$, nicht signifikant) nicht signifikant voneinander (vgl. Tabelle 9).

Folgende Graphik gibt einen Überblick über den Verlauf der Kenntnisse in den Schularten zu den zwei Zeitpunkten. Die Mittelwerte sind dafür in Prozent dargestellt (der Höchstwert der Mittelwerte mit 100 % beträgt 20 Item-Punkte).

Wissenszuwachs – Vergleich zwischen den Schularten

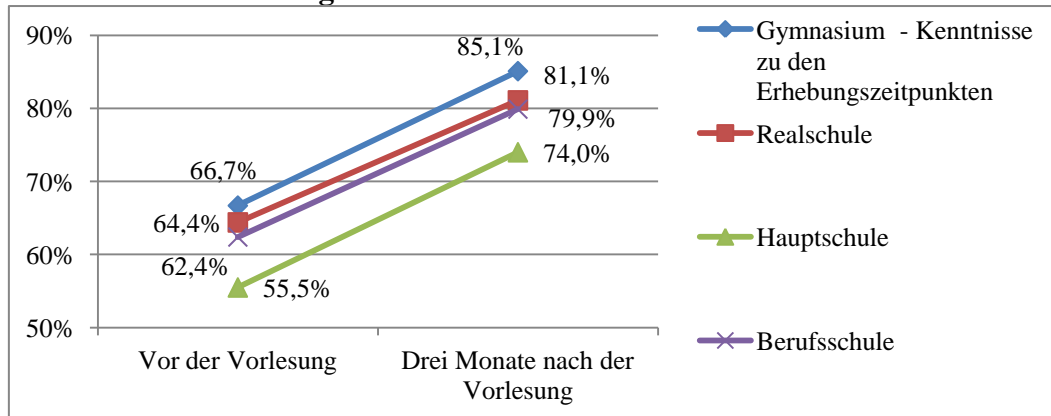


Abbildung 10: Vergleich des Wissenszuwachses bei den unterschiedlichen Schularten (Hauptschule N=301; Realschule N=307; Gymnasium N=270; Berufsschule N=138)

Die HauptschülerInnen haben zu jedem Zeitpunkt die signifikant geringsten Kenntnisse, die GymnasiastInnen haben zum zweiten und wichtigen Zeitpunkt den signifikant höchsten Kenntnisstand zu sexuell übertragbaren Infektionen.

5.2.2.4 Migrationshintergrund und Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen

Der relativ geringe Anteil an SchülerInnen mit Migrationshintergrund ist der Abfrage im Fragebogen geschuldet. Es wurde im Fragebogen (Siehe Kapitel 11. Anhang, Fragebogen) nur ein Geburtsort außerhalb Deutschlands erfasst. Es wäre anzunehmen, dass es zu einem höheren Anteil mit Migrationshintergrund geführt hätte, wenn die Herkunft der Eltern mit einbezogen worden wäre. Für die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ wurden die Geburtsorte außerhalb Deutschlands zusammengefasst.⁵⁸ Damit entstand eine nominalskalierte Variable mit den Angaben ‚ja‘ und ‚nein‘. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Migrationshintergrund der befragten SchülerInnen.

Übersicht Migrationshintergrund	Prozent (%)	N (Anzahl der SchülerInnen)
SchülerInnen ohne Migrationshintergrund	93,6%	1665
SchülerInnen mit Migrationshintergrund	6,4%	114
Gesamt	100%	1779

Tabelle 10: Übersicht der SchülerInnen mit Migrationshintergrund.

Es wurde untersucht, ob ein Migrationshintergrund der befragten SchülerInnen einen Einfluss auf den Verlauf des Kenntnisstands zu sexuell übertragbaren Infektionen hat. Zudem sollte überprüft werden, ob die Vorlesung eine mögliche Diskrepanz zwischen den SchülerInnen mit und ohne Migrationshintergrund ausgleicht. Es wurde zunächst eine zweifaktorielle Varianzanalyse auf den Faktor Migrationshintergrund gerechnet. Diese ergab mit $F(1,1012)=1,845$; $p=0,08$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Interaktionseffekt, jedoch lässt dieser Wert eine Tendenz vermuten. Die Diskrepanz der Grundgesamtheit ergibt sich dadurch, dass nur die SchülerInnen eingezogen wurden, bei denen alle Angaben vorhanden waren. Der Faktor Migrationshintergrund beeinflusst

⁵⁸ Die Herkunft aus folgenden Staaten wurden als Migrationshintergrund zusammengefasst: Russland, Nigeria, Afghanistan, Irak, Kosovo, Usbekistan, Serbien, Bosnien, Rumänien, Moldawien, Polen, Ukraine, Bulgarien, Kroatien, Kasachstan, Mazedonien, Tadschikistan, Thailand, Türkei, Armenien, Slowakei, Äthiopien, Pakistan, Saudi Arabien, Tschechien, Philippinen. Nicht berücksichtigt wurden die Staaten Frankreich, Österreich, England, Irland, USA, Kanada, ebenso die skandinavischen Staaten und die Beneluxländer.

demnach den zeitlichen Verlauf der Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektion nicht. Um die Tendenz näher zu beleuchten, wurde im Anschluss ein T-Test für unabhängige Stichproben für jeden der beiden Zeitpunkte gerechnet. Migrationshintergrund war dabei die unabhängige nominal skalierte Variable. Dabei wurden nur diejenigen Personen herangezogen, die zu beiden einbezogenen Zeitpunkten („vorher“ und „zeitverzögert“) Angaben zu den Kenntnissen gemacht haben. Der T-Test zum ersten Zeitpunkt ergab $t(1014)=2,765$; $p=0,006$ (hoch signifikant). Demnach gibt es einen hoch signifikanten Unterschied des Kenntnisstands von SchülerInnen ohne Migrationshintergrund zu den SchülerInnen mit Migrationshintergrund vor der Vorlesung ($M=12,52$, $SD=3,15$ vs. $M=11,40$, $SD=3,34$, $p=0,006$, hoch signifikant). Die Effektstärke von $d=-0,354$ zeigt jedoch nur einen kleinen bis mittleren Effekt auf, demnach relativiert sich das höchst signifikante Ergebnis. Der Vergleich der Mittelwerte der erfassten Kenntnisse zum zweiten Zeitpunkt in Bezug auf den Migrationshintergrund ergab mit $t(1014)=1,242$; $p=0,215$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Unterschied der Kenntnisse der SchülerInnen ohne und mit Migrationshintergrund ($M=16,03$, $SD=2,49$ vs. $M=15,63$, $SD=2,67$, $p=0,215$, nicht signifikant). Das weist darauf hin, dass es drei Monate nach der Vorlesung keinen signifikanten Unterschied des Kenntnisstands zwischen den SchülerInnen mit und ohne Migrationshintergrund mehr gibt. Man kann also annehmen, dass die Vorlesung eine Tendenz hat, die Diskrepanz der Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen zwischen den SchülerInnen mit Migrationshintergrund und den SchülerInnen ohne Migrationshintergrund auszugleichen.

Die folgende Graphik veranschaulicht die Mittelwerte der Kenntnisse der SchülerInnen zu sexuell übertragbaren Infektionen in Bezug auf einen Migrationshintergrund in Prozent. Der mögliche Höchstwert der Mittelwerte der Kenntnisse beträgt 20 (100%).

Wissenszuwachs in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund

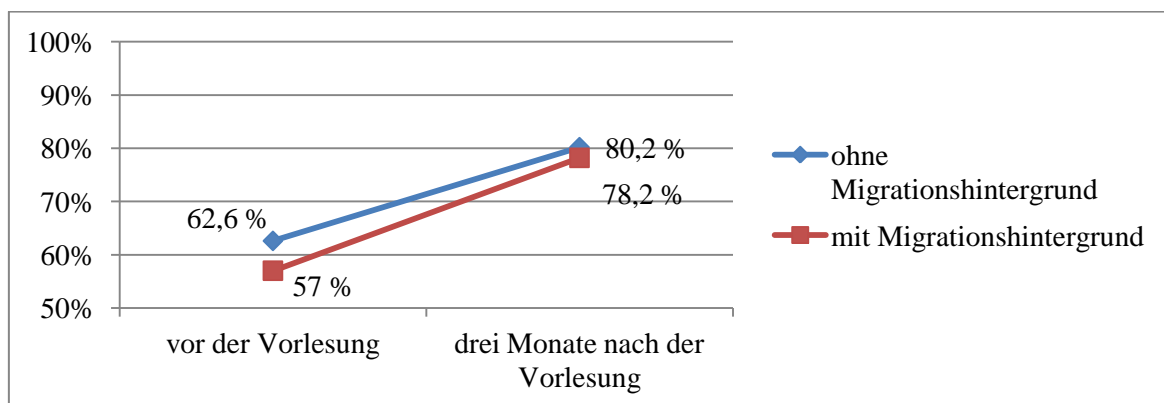


Abbildung 11: Vergleich des Wissenszuwachses in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Ohne Migrationshintergrund N=951; mit Migrationshintergrund N=65).

5.2.2.5 Bildungsstatus der Eltern und Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über den Bildungsabschluss der Befragten.

Übersicht zu den Angaben zum Bildungsabschluss	Bildungsstatus	Mittelwert (M) der Kenntnisse vor der Vorlesung	Mittelwert (M) der Kenntnisse drei Monate nach der Vorlesung	N =838
Bildungsstatus Vater	Ohne Abschluss	12,16	14,80	21
	Hauptschul- / Realschulabschluss	12,50	15,83	466
	Fachabitur / Abitur	12,57	16,11	146
	Fachhochschul- / Hochschulabschluss	12,67	16,24	205
Bildungsstatus Mutter	Ohne Abschluss	10,53	14,29	30
	Hauptschul- / Realschulabschluss	12,71	16,05	542
	Fachabitur / Abitur	12,47	16,09	155
	Fachhochschul- / Hochschulabschluss	13,31	16,93	111

Tabelle 11: Übersicht zum Bildungsabschluss der Eltern mit den Mittelwerten der Kenntnisse zu den zwei relevanten Zeitpunkten.

Für die Berechnung der Kenntnisse in Bezug auf den Bildungsstatus der Eltern wurden nur die Datensätze mit einbezogen, in denen alle drei Werte vorhanden sind (Bildungsabschluss Mutter beziehungsweise Vater und errechnetes Gesamtwissen). Die Angaben zum Bildungsstatus der Mutter und des Vaters im Fragebogen wurden in den bestehenden Kategorien ‚ohne Abschluss‘, ‚Haupt-/Realschulabschluss‘, ‚Fachabitur/Abitur‘ und ‚Fachhochschule/Hochschule‘ belassen. Zur Überprüfung eines Einflusses des Bildungsstatus der Mutter und des Vaters auf den Kenntnisstand der SchülerInnen im zeitlichen Verlauf, wurden für jedes Elternteil eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf den Faktor Bildungsabschluss der Mutter beziehungsweise Vater gerechnet. Für den Bildungsstatus der Mutter ergab sich mit $F(3,824)=1,511$; $p=0,210$ (nicht signifikant) kein signifikanter Einfluss auf die Kenntnisse der SchülerInnen im Verlauf. Ebenso ergab mit $F(3,824)=1,342$; $p=0,260$ (nicht signifikant) der Bildungsstatus des Vaters keinen signifikanten Einfluss auf die Kenntnisse

der SchülerInnen im Verlauf. Zudem wurde eine Testung der nicht messwiederholten Haupteffekte Bildungsstatus der Mutter beziehungsweise des Vaters durchgeführt. Diese ergaben für den Bildungsstatus der Mutter $F(3,824)=5,692$; $p=0,001$ (hoch signifikant) einen hoch signifikanten Effekt auf die Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen. Für den Bildungsstatus des Vaters ergab sie mit $F(3,824)=1,275$; $p=0,277$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Einfluss. Die Post hoc Tests ergaben für den Bildungsstatus der Mutter und den Kenntnissen zu sexuell übertragbaren Infektionen zwischen ‚ohne Abschluss‘ und ‚Haupt-/Realschulabschluss‘ ($p=0,002$, hoch signifikant) einen hoch signifikanten Unterschied, die korrelierte Effektgröße $d=-0,089$ bestätigt diesen Effekt jedoch nicht. Zwischen ‚ohne Abschluss‘ und ‚Fachabitur/Abitur‘ ($p=0,03$, signifikant) einen signifikanten Unterschied, der ebenso durch die korrelierte Effektgröße $d=-0,091$ nicht bestätigt wird. In beiden Fällen sind die Unterschiede bei den Mittelwerten und der Stichprobengrößen zu gering. Im Vergleich der Kategorien ‚ohne Abschluss‘ und ‚Fachhochschul-/Hochschulabschluss‘ ergab sich einen höchst signifikanten Unterschied ($p<0,001$, höchst signifikant) (vgl. Tabelle 12). Der sich jedoch durch $d=-0,255$ nur zum kleinen Effekt relativiert. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Mittelwerte der Kenntnisstände in Bezug auf den Bildungsabschluss der Mutter.

Kenntnisse in Bezug auf den Bildungsabschluss der Mutter		1. Zeitpunkt – Kenntnisse vor der Vorlesung	2. Zeitpunkt – Kenntnisse drei Monate nach der Vorlesung
Ohne Abschluss	M	10,53	14,29
	N	53	34
	SD	3,593	2,949
Hauptschul- / Realschulabschluss	M	12,71	16,05
	N	984	588
	SD	3,249	2,426
Fachabitur / Abitur	M	12,47	16,09
	N	278	173
	SD	3,011	2,428
Fachhochschul- / Hochschulabschluss	M	13,31	16,93
	N	195	117
	SD	2,669	1,888
gesamt	M	12,67	16,10
	N	1510	912
	SD	3,182	2,426

Tabelle 12: Kenntnisstand zu sexuell übertragbaren Infektionen in Bezug auf den Bildungsabschluss der Mutter.

Die SchülerInnen, die angaben, ihre Mutter sei ‚ohne Bildungsabschluss‘ haben signifikant geringere Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen als SchülerInnen mit den anderen Angaben zum Bildungsstatus ihrer Eltern. Nachstehende Grafik veranschaulicht den Verlauf der Kenntnisse zu den unterschiedlichen Angaben zum Bildungsabschluss der Eltern.

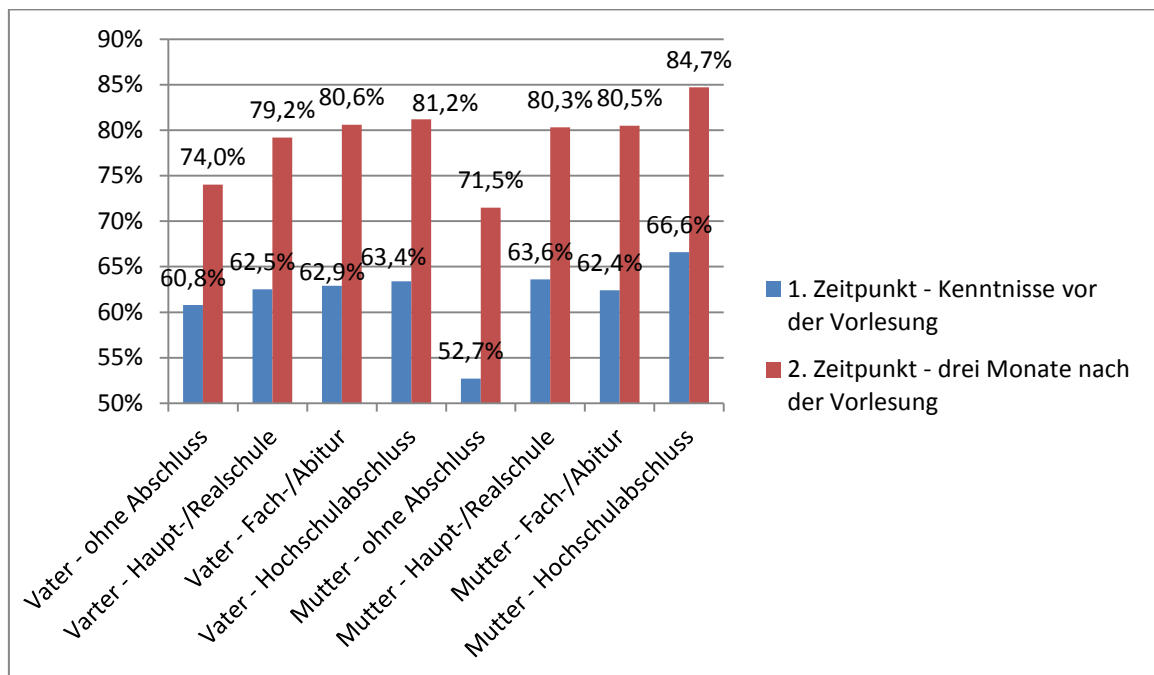


Abbildung 12: Bildungsabschluss des Vaters und der Mutter zu den zwei Zeitpunkten. N=838.

Deskriptiv zeigt sich, dass die Vorkenntnisse der SchülerInnen proportional zum Bildungsniveau des Vaters zunehmen, ebenso die Kenntnisse drei Monate nach der Vorlesung. Beim Bildungsabschluss der Mutter lässt sich fast das gleiche Muster erkennen. Nur der Abschluss „Fachhochschulabschluss/Abitur“ hat etwas niedrigere Vorkenntnisse als die Haupt-/Realschule (vgl. Tabelle 11, Übersicht zum Bildungsabschluss der Eltern mit den Mittelwerten der Kenntnisse zu den zwei relevanten Zeitpunkten.).

5.2.2.6 Veranschaulichung der Ergebnisse der Kenntnisabfrage über sexuell übertragbare Infektionen

5.2.2.6.1 Kenntnisse zum Kondomschutz

Die Häufigkeiten der richtigen Antworten zur Frage, wovor des Kondom schützt zeigt folgende Graphik.

Kondomschutz – Vergleich der richtigen Antworten zu den drei Zeitpunkten

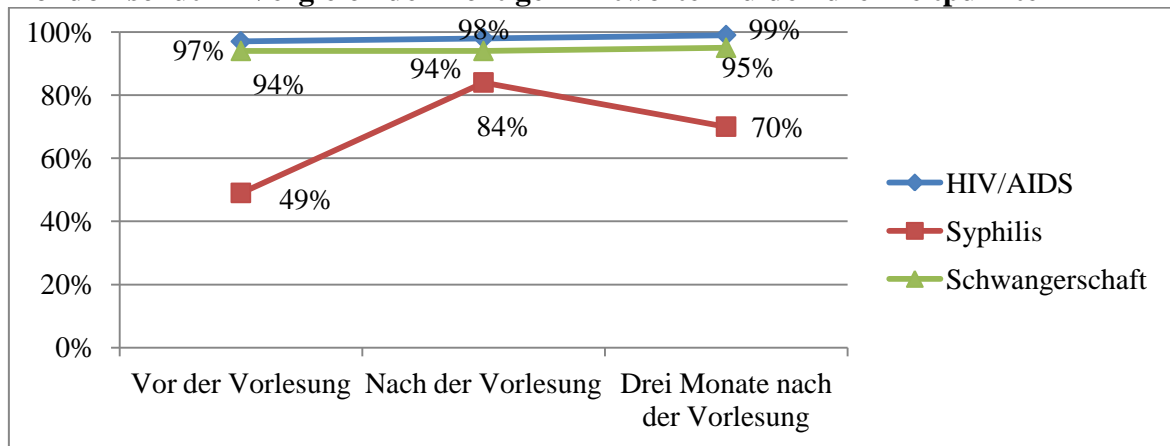


Abbildung 13: Vergleich der richtigen Antworten zum Kondomschutz je Risiko zu den drei Zeitpunkten. n=918.

Dass Kondome vor HIV/AIDS schützen, ist demnach jedem Schüler und jeder Schülerin bekannt. Dies bestätigte sich auch in der Auswertung der Interviews, da die meisten SchülerInnen über Präventionskampagnen, die Schulaufklärung und das Elternhaus vermittelt bekommen, dass sie ein Kondom zum Schutz vor HIV/AIDS verwenden sollen. Syphilis war vielen SchülerInnen offenbar als Geschlechtskrankheit bekannt und wurde deshalb schon vor der Vorlesung als richtige Antwort angegeben. Nach der Vorlesung zeigte sich ein deutlicher Anstieg, der im Zeitverlauf jedoch wieder etwas abnahm. Man sollte annehmen, dass jeder weiß, dass Kondome als Schwangerschaftsverhütung dienen. Es konnte durch die Interviews beobachtet werden, dass die SchülerInnen teilweise davon ausgehen, dass ein Kondom nicht hundertprozentig vor Schwangerschaften schützt, da es reißen oder falsch aufgesetzt werden könnte, ebenso wie die Pille kein absolut sicheres Mittel zur Verhütung von Schwangerschaften ist. Hierauf ist sehr wahrscheinlich die Differenz zwischen dem erhobenen Wert und den zu erreichenden vollen 100% zurückzuführen.

5.2.2.6.2 Kenntnisse über Körpersignale

Die Häufigkeiten der richtigen Antworten auf die Frage nach den Körpersignalen, die für eine sexuell übertragbare Krankheit stehen können, zeigt folgende Tabelle mit zugehöriger Graphik.

Körpersignale – Vergleich der richtigen Antworten zu den drei Zeitpunkten

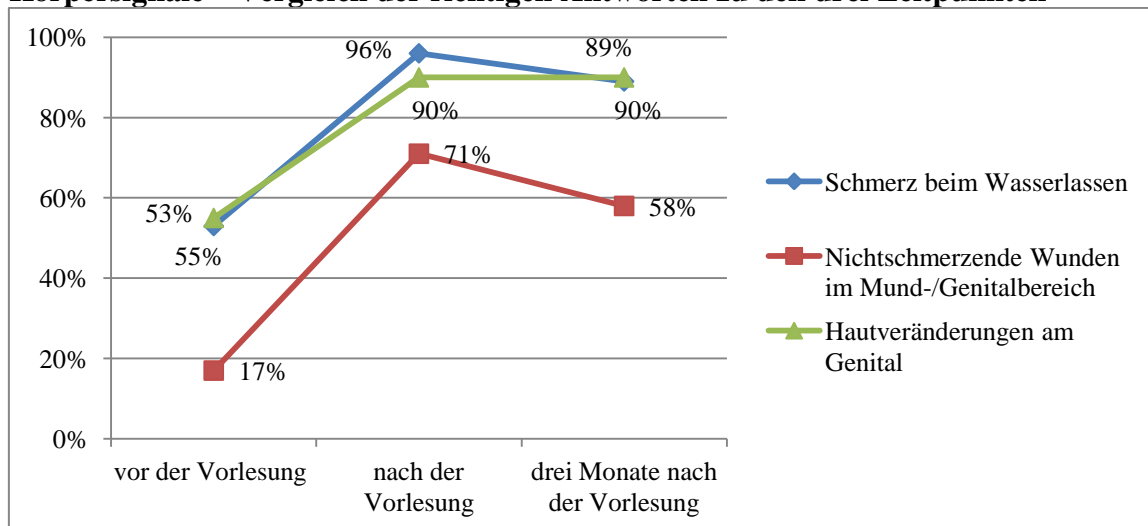


Abbildung 14: Vergleich der richtigen Antworten zu den Körpersignalen zu den drei Zeitpunkten. n=913.

Es ist anzunehmen, dass sich die Hälfte der SchülerInnen vor der Vorlesung noch gar keine Gedanken darüber gemacht hat, was ein potentielles Symptom für eine sexuell übertragbare Infektion sein könnte. Direkt nach dem Vortrag gibt der Großteil die richtige Antwort – auch bei der Syphilissymptomatik ist ein deutlicher Zuwachs festzustellen (zweite Aussage). Jedoch scheint diese Information einige SchülerInnen nicht erreicht zu haben, da nur 71% die richtige Antwort geben. Auch bei der zeitverzögerten Befragung zeigt sich bei allen drei Aussage ein anhaltender Kenntniszuwachs.

5.2.2.6.3 Kenntnisse zu HIV-übertragende Flüssigkeiten

Die Häufigkeiten der richtigen Antworten bei den Überträgerflüssigkeiten von HIV zeigt folgende Tabelle und zugehörige Graphik.

HIV-übertr. Flüssigkeiten - Vergleich der richtigen Antworten zu den einzelnen Zeitpunkten

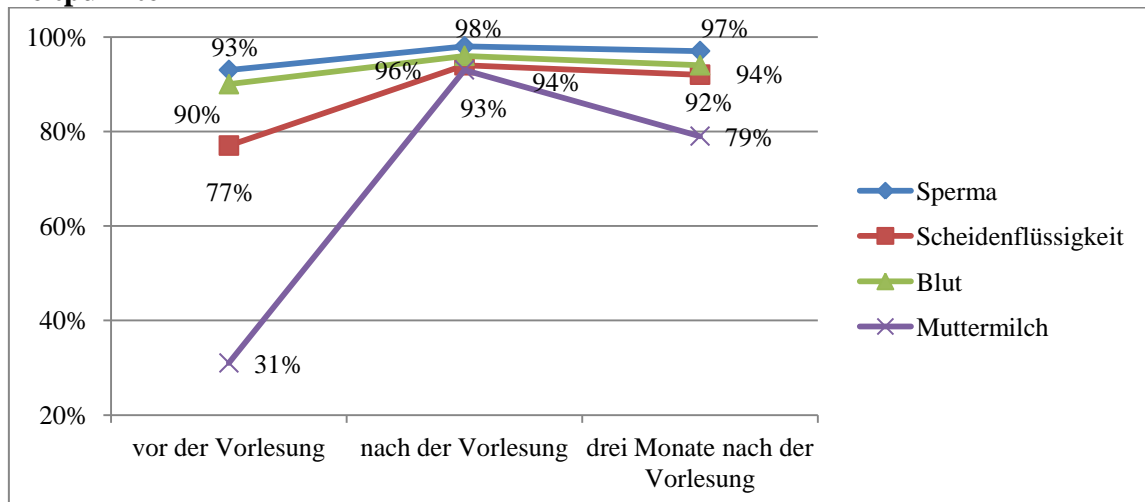


Abbildung 15: Vergleich der richtigen Antworten zu den HIV-übertragenden Flüssigkeiten. n=916.

Es zeigt sich, dass die meisten SchülerInnen schon vor der Veranstaltung wissen, dass das HI-Virus über Sperma übertragbar ist. Bei Blut ist das ebenso der Fall. Es scheint, dass die sexuelle Übertragbarkeit hauptsächlich über das Sperma definiert wird, da Vaginalsekret von einigen SchülerInnen nicht als Überträgerflüssigkeit angegeben wird. Die Muttermilch wird nur von knapp einem Drittel der Befragten vor der Veranstaltung als HIV übertragende Flüssigkeit angegeben. Durch die Vorlesung liegt das Kenntnisniveau nach drei Monaten bei 79%.

5.2.2.6.4 Kenntnisse: HIV-Antikörpertest

Die Kenntnisse über den richtigen Zeitpunkt zur Durchführung eines HIV-Antikörpertests wurden zu den drei Befragungszeitpunkten und in Bezug auf das Geschlecht berechnet. Dazu wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf den Faktor Geschlecht durchgeführt. Da die Annahme der Sphärizität nicht gegeben war, wurde zur Korrektur der Freiheitsgrade eine Greenhouse-Geisser-Korrektur gerechnet. Diese ergab mit $F(1,87; 1692,54)=2,676; p=0,073$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Interaktionseffekt des Geschlechts auf den Kenntnisstand zum HIV-Antikörpertest im Verlauf. Deskriptiv fällt jedoch auf, dass die Kenntnisse der männlichen Befragten drei Monate später wieder stärker abfallen, als die der weiblichen. Folgende Grafik veranschaulicht die Ergebnisse.

Wann ist ein HIV-Antikörpertest aussagekräftig? – Vergleich der richtigen Antworten der Mädchen und Jungen zu den drei Zeitpunkten

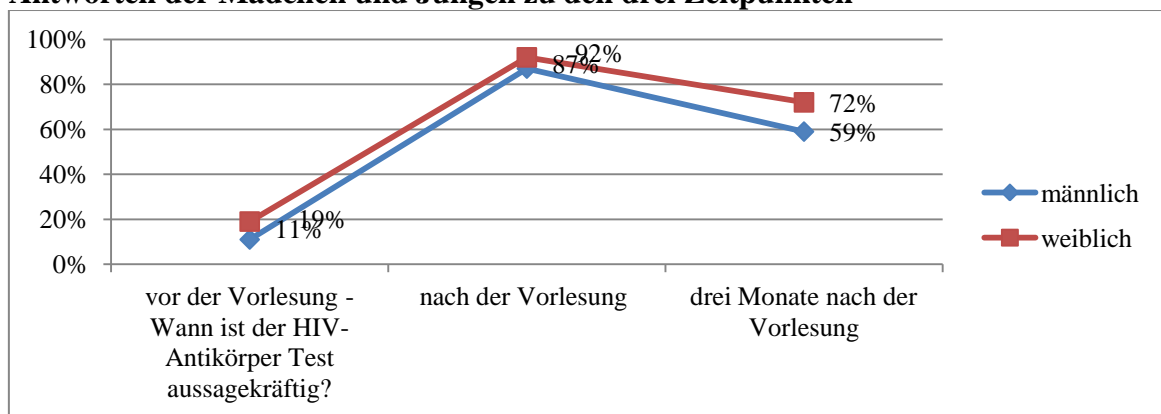


Abbildung 16: Kenntnisse darüber, dass der HIV-Test erst nach drei Monaten aussagekräftig ist. Vergleich der richtigen Antworten von Jungen und Mädchen zu den drei Zeitpunkten. (Jungen N=412 und Mädchen N=493).

Die für die Berechnung und Darstellung herangezogenen Mittelwerte sind in nachstehender Tabelle dargestellt. Da der Höchstwert des zu erreichenden Mittelwerts den Wert 1,0 beträgt, können die Mittelwerte nach dem Komma in Prozent gelesen werden.

Möglicher Höchstwert des Mittelwerts 1,0.	Geschlecht	M	SD	N
1. Zeitpunkt – vor der Vorlesung	männlich	0,11	0,312	412
	weiblich	0,19	0,395	493
2. Zeitpunkt – nach der Vorlesung	männlich	0,87	0,341	412
	weiblich	0,92	0,264	493
3. Zeitpunkt – drei Monate nach der Vorlesung	männlich	0,59	0,492	412
	weiblich	0,72	0,447	493

Tabelle 13: Übersicht der Mittelwerte zur Kenntnis zum HIV-Antikörpertest zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Die Testung des nicht messwiederholten Haupteffekts ‚Geschlecht‘ ergab jedoch mit $F(1,903)=30,274$; $p=0,001$ (hoch signifikant) einen hoch signifikanten Effekt in der Unterscheidung der Mittelwerte zwischen den Geschlechtern.

Damit gibt es signifikante Unterschiede der Kenntnisse der SchülerInnen in Bezug auf ihr Geschlecht. Ein Vergleich der Mittelwerte mit Hilfe eines T-Tests zeigt, dass sich die Kenntnisse zum HIV-Antikörpertest der befragten Mädchen zum ersten Befragungszeitpunkt von den Kenntnissen der Jungen hoch signifikant unterscheiden ($M=0,19$, $SD=0,395$ vs. $M=0,11$, $SD=0,312$, $p=0,001$, hoch signifikant). Die Effektstärke $d=0,222$ weist jedoch nur einen kleinen Effekt aus, der das signifikante Ergebnis relativiert. Zum zweiten Befragungszeitpunkt, direkt nach der Vorlesung konnte ebenfalls ein hoch signifikanter höherer Kenntnisstand der Mädchen im Vergleich zu den Jungen festgestellt werden ($M=0,92$, $SD=0,264$ vs. $M=0,87$, $SD=0,341$, $p=0,004$, hoch signifikant). Auch dieses Ergebnis wird durch eine Effektstärke von $d=0,166$ relativiert. Es liegt nur ein minimaler Effekt vor. Wie bereits oben erwähnt, fällt deskriptiv auf, dass der Kenntnisstand der Jungen drei Monate nach der Vorlesung (dritte Befragung) im Vergleich zu den Mädchen stärker abfällt. Hier konnte ein höchst signifikanter Unterschied zwischen dem Kenntnisstand der Mädchen im Vergleich zu den Jungen nachgewiesen werden ($M=0,72$, $SD=0,447$ vs. $M=0,59$, $SD=0,492$, $p<0,001$, höchst signifikant). Die Effektstärke von $d=0,278$ gibt einen kleinen Effekt an, der das höchst signifikante Ergebnis relativiert. Der Verlauf der Kenntnisse ist zu jedem Zeitpunkt signifikant voneinander unterschiedlich, die Mädchen haben zu allen drei Zeitpunkten signifikant höhere Kenntnisse zum HIV-Antikörpertests als die Jungen (vgl. Tabelle 13: Übersicht über die Mittelwerte zur Kenntnis zum HIV-Antikörpertest zu den drei Erhebungszeitpunkten.).

5.2.3 Risikoeinschätzung zur Ansteckung mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion

Die Erhebung der Einschätzung des Risikos, sich mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Infektion anzustecken (vgl. Kapitel 11. Anhang, Fragebogen, Frage Nr. 8 und 9), diente dazu, einen Effekt der Vorlesung auf die Risikoeinschätzung zu erheben. Einerseits sollte eine schockierende Wirkung der Bilder ausgeschlossen werden, andererseits eine Risikosensibilisierung erfasst werden. Die Interpretation sollte vor allem in Verbindung mit dem qualitativen Datenmaterial erfolgen.

Um den Einfluss der Vorlesung auf die Risikoeinschätzung zur Ansteckung der SchülerInnen zu berechnen, wurde ein Wilcoxon-Test gerechnet und in Bezug auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen unterschieden. Der Vergleich der Risikoeinschätzung zur Ansteckung mit HIV vor der Vorlesung mit der Risikoeinschätzung direkt danach, ergab mit $Z = -8,900$; $p < 0,001$ (höchst signifikant) einen höchst signifikanten Unterschied. Die SchülerInnen sehen direkt nach der Vorlesung ein höchst signifikant höheres Risiko sich mit HIV anzustecken. Drei Monate später ergab sich im Vergleich zur ersten Befragung – vor der Vorlesung – mit $Z = -0,596$; $p = 0,270$ (nicht signifikant) keine signifikant höhere Risikoeinschätzung einer Ansteckung mehr. Es wurden nur die SchülerInnen einbezogen, bei denen zu allen drei Zeitpunkten eine Angabe zur Risikoeinschätzung zur Ansteckung mit HIV vorhanden war ($N=821$).

Folgende Graphik gibt einen Überblick über den Verlauf der Risikoeinschätzung bei den SchülerInnen sich mit HIV anzustecken.

Verlauf der Risikoeinschätzung sich mit HIV anzustecken zu den drei Zeitpunkten

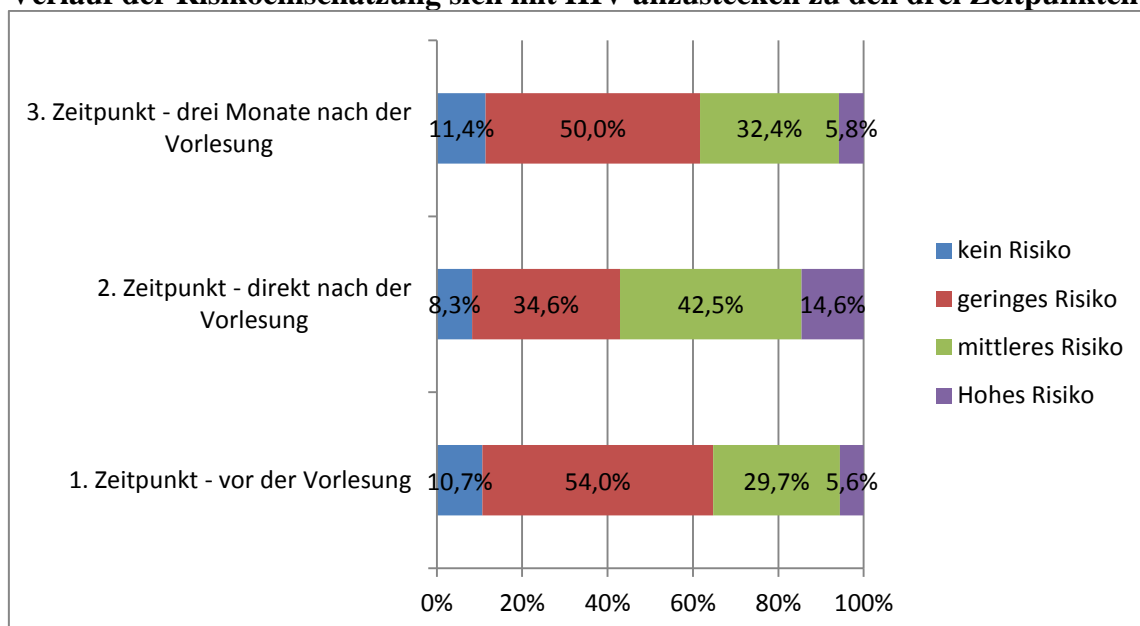


Abbildung 17: Verlauf der Risikoeinschätzung, sich mit HIV anzustecken ($N=821$).

Diese Beobachtung der Risikoeinschätzung, sich mit HIV anzustecken, deckt sich mit der Risikoeinschätzung zur Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen.

Bei der Berechnung wurden auch nur die SchülerInnen einbezogen, die zu allen drei Zeitpunkten Angaben zur Risikoeinschätzung gemacht hatten (N=832). Der Wilcoxon-Test ergab im Vergleich vom ersten und zweiten Zeitpunkt mit $Z = -9,055$; $p < 0,001$ (höchst signifikant) eine höchst signifikant höhere Risikoeinschätzung, sich mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen anzustecken direkt nach der Vorlesung. Im Vergleich des ersten Zeitpunkts mit dem dritten, drei Monate später, ergab sich mit $Z = -0,264$; $p = 0,371$ (nicht signifikant) kein signifikanter Unterschied mehr in der Risikoeinschätzung, sich mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen anzustecken.

Folgende Grafik gibt einen Überblick über die Angaben zu den drei Zeitpunkten.

Verlauf der Risikoeinschätzung, sich mit STD anzustecken zu den drei Zeitpunkten

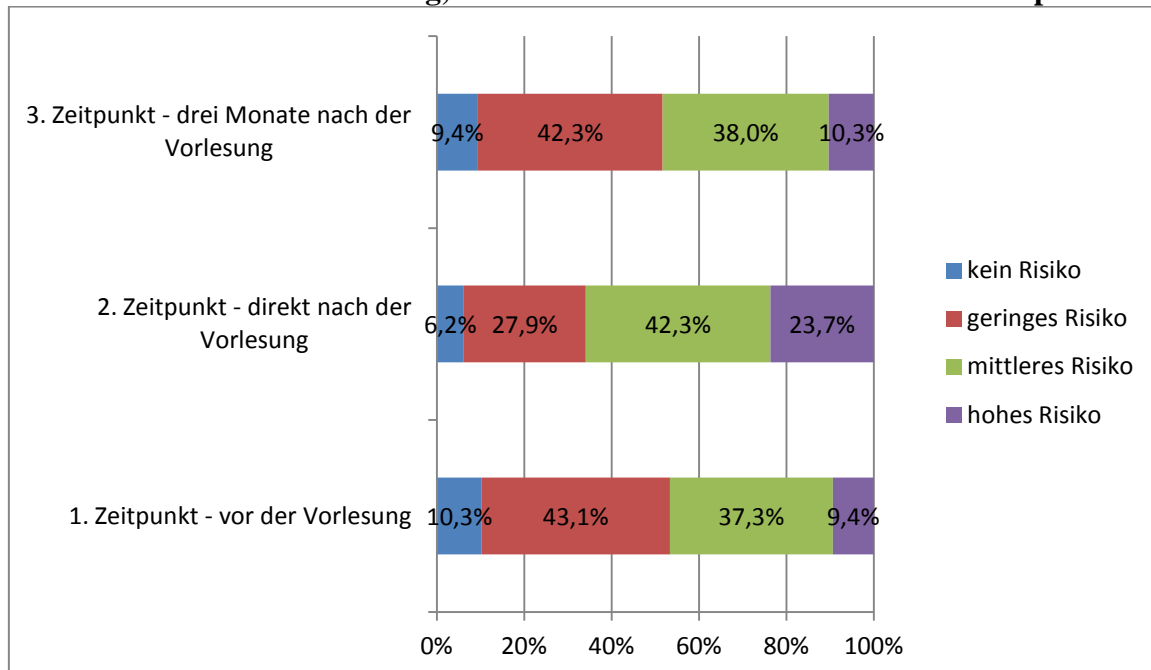


Abbildung 18: Verlauf der Risikoeinschätzung, sich mit anderen STD anzustecken (N=832).

Es wird deutlich, dass die Risikoeinschätzung der befragten SchülerInnen direkt nach der Vorlesung signifikant höher ist, drei Monate danach jedoch wieder abgenommen hat und keinen signifikanten Unterschied mehr aufweist. Im Vergleich zum qualitativen Datenmaterial lässt sich ableiten, dass die Vorlesung kurzzeitig – sehr wahrscheinlich durch das Bildmaterial und die Auseinandersetzung mit der Thematik – den Anstieg der Risikoeinschätzung bewirkt, dieser jedoch drei Monate danach nicht mehr vorhanden ist. Die Erinnerung an das Bildmaterial ist jedoch sehr wohl noch vorhanden. Damit bleibt der Effekt der gezeigten Bilder ohne Erhöhung der Risikoeinschätzung. Dies führt dazu, dass

die SchülerInnen einerseits wachsamer sind, jedoch nicht davon ausgehen, ein höheres Risiko zu haben.

5.2.3.1 Risikoeinschätzung – Vergleich Kontroll- und Interventionsgruppe

Die Angaben zur Risikoeinschätzung der Interventionsgruppe wurden zum ersten und zum dritten Zeitpunkt mit den Angaben der Kontrollgruppe verglichen, um den Verlauf, beziehungsweise Rückgang der Risikoeinschätzungen zu bestätigen. Dazu wurde ein Wilcoxon-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Dieser ergab beim Vergleich der Angaben zur Risikoeinschätzung sich mit HIV anzustecken weder zum ersten noch zum dritten Zeitpunkt eine signifikante Unterscheidung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ($Z=0,580$; $p=0,445$, nicht signifikant & $Z=1,056$; $p=0,107$, nicht signifikant). Beim Vergleich der Risikoeinschätzung, sich mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen anzustecken, ergab sich ebenso weder zum ersten noch zum dritten Zeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den Einschätzungen der Interventions- und Kontrollgruppe ($Z=0,828$; $p=0,245$, nicht signifikant & $Z=0,389$; $p=0,448$, nicht signifikant).

Eine Unterscheidung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ist demnach weder bei der Risikoeinschätzung einer HIV-Ansteckung gegeben noch bei der von einer anderen sexuell übertragbaren Infektion. Das Risiko wird von den SchülerInnen, die die Vorlesung besucht haben, nach drei Monaten nicht höher angesehen als von der Kontrollgruppe. Ein Langzeiteffekt der Vorlesung auf die Risikoeinschätzung kann demnach ebenso nicht bestätigt werden.

5.2.4 Kriterien zur Kondomnutzung

Zunächst wurden die Antwortkategorien der Frage zur Kondomnutzung (Frage 12 des Fragebogens) so zusammengefasst, dass erkennbar wird, ob der Besuch der Vorlesung zu einer Erhöhung der Absicht führt, Kondome beim Sexualverkehr zu verwenden. Die Antwortkategorien ‚Ja immer‘ und ‚Ja, wenn beide nicht fest zusammen sind‘ wurden zu ‚Ja‘ und die Kategorie ‚Nein‘ blieb ‚Nein‘. Die offene Antwortmöglichkeit ‚Andere‘ wurde ebenso zu ‚Ja‘ gezählt, da dort immer angegeben wurde, dass es Sonderfälle gibt, wenn zum Beispiel beide kein Paar sind. Das gehört wiederum zu ‚Ja‘. Hier ist anzunehmen, dass die Frage von einzigen SchülerInnen nicht richtig gelesen wurde.

Anschließend wurde untersucht, ob es im zeitlichen Verlauf zu den drei Zeitpunkten ‚Vorher‘, ‚Nachher‘, ‚Zeitverzögert‘ einen signifikanten Unterschied der Absicht zur Kondomnutzung gibt, zudem ob das Geschlecht einen Einfluss auf die Kondomnutzung hat.

Dazu wurde ein McNemar-Test durchgeführt, um die Werte des ersten mit denen des zweiten Zeitpunkts zu vergleichen. Es wurden nur diejenigen SchülerInnen mit einbezogen, bei denen die Angaben zu allen drei Zeitpunkten vorhanden waren (N=858). Dieser Berechnung ergab mit $\chi^2=34,241$; $p<0,001$ (höchst signifikant) einen höchst signifikanten Unterschied zwischen den Angaben vor und direkt nach der Vorlesung. Die SchülerInnen gaben demnach an, signifikant mehr Kondome zu nutzen als vorher. Auch drei Monate später blieb dieser Effekt der Vorlesung signifikant, was ein Vergleich der Angaben vor der Vorlesung und zeitverzögert nach drei Monaten mit $\chi^2=8,348$; $p=0,004$ (sehr signifikant) ergibt.

Zur Untersuchung eventueller Unterschiede zur Absicht des Kondomgebrauchs in Bezug auf das Geschlecht wurde ein Mann-Whitney-U-Test gerechnet, dieser ergab vor der Vorlesung einen signifikanten Unterschied der Absicht zwischen den Geschlechtern ($U = -3,287$; $p=0,001$, sehr signifikant). Auch nach drei Monaten ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($U = -2,544$; $p=0,011$, signifikant).

Die Mädchen geben sowohl vor der Vorlesung als auch drei Monate nach der Vorlesung eine signifikant höhere Absicht zur Nutzung von Kondomgebrauch an als die Jungen. Folgende Graphik veranschaulicht den Verlauf.

Absicht Kondome zu Nutzen zu den drei Zeitpunkten mit Faktor Geschlecht

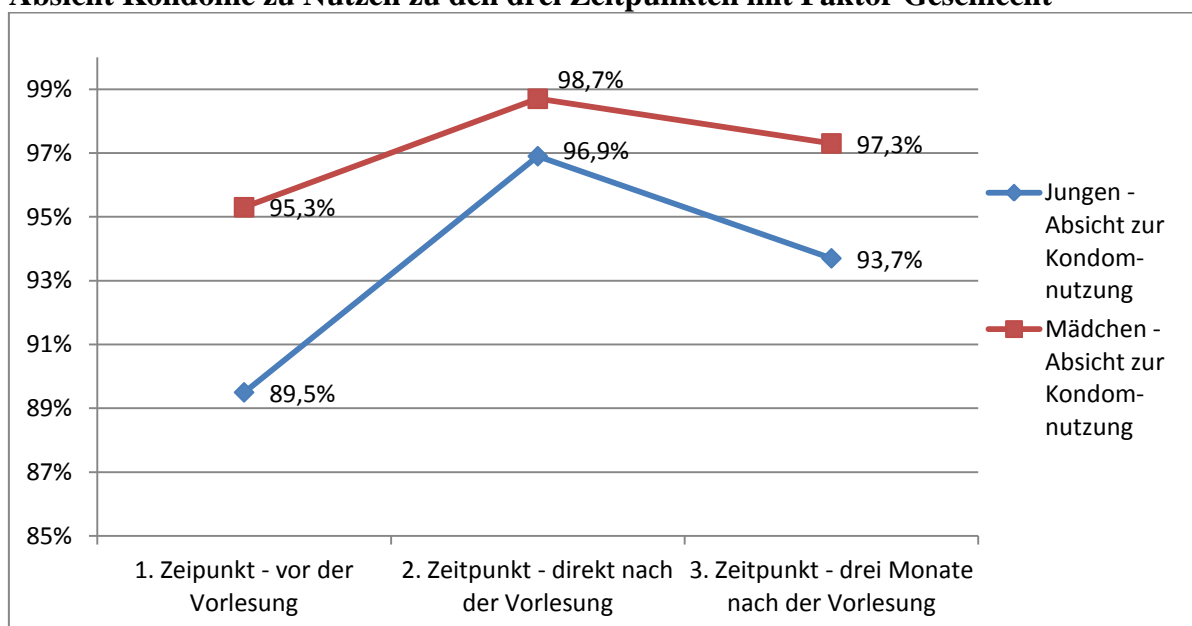
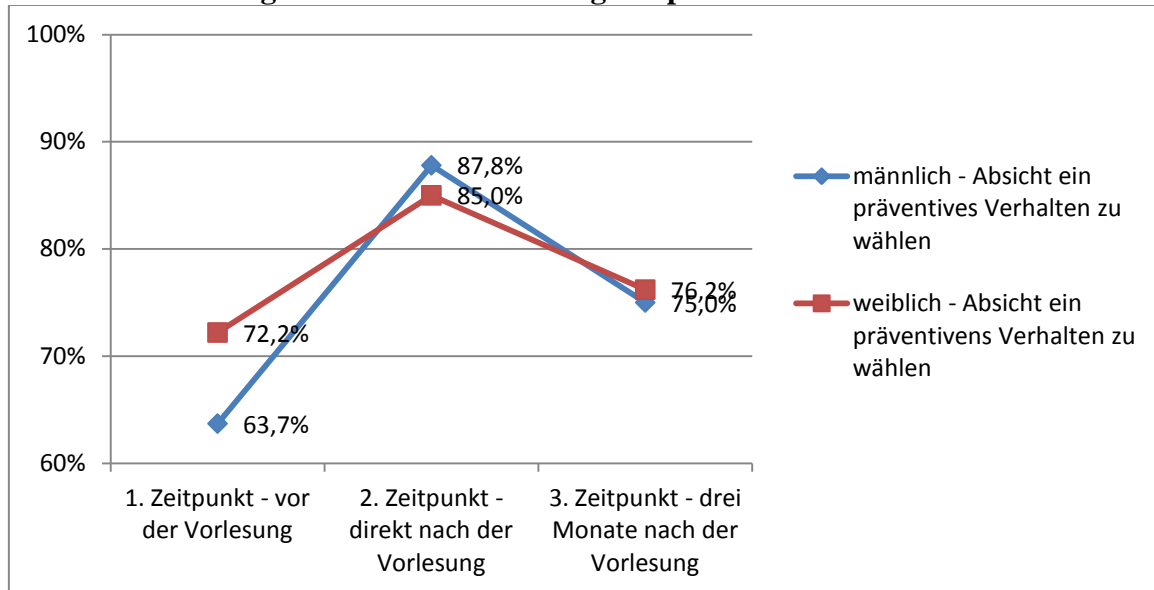


Abbildung 19: Absicht, Kondome zu verwenden zu den drei Zeitpunkten mit Faktor Geschlecht (N=858)

5.2.5 Präventive Haltung

Die Antwortmöglichkeiten der Frage 13 im Fragebogen (vgl. Kapitel 11. Anhang, Fragebogen) wurden so zusammenfasst, dass eine Erfassung der Absicht des präventiven Verhaltens möglich war. Zur Generierung einer Einstellung wurden die Antwortmöglichkeiten zu zwei Kategorien zusammengefasst. Die eine beinhaltet die Antwort: „Ja, ich habe ein Kondom dabei“ und „Nein, da ich weiß, wann ich Sex habe und mir das gut überlege“. Die restlichen Antwortmöglichkeiten wurden als ‚Nein‘ zusammengefasst ohne die Begründungen zu berücksichtigen. Dabei wird bewusst der Begriff ‚präventive Haltung‘ benutzt, da ein Verhalten nur durch eine Absicht – zum Beispiel: „Ich weiß, wann ich Sex habe“ – nicht vorhergesagt werden kann. Die tatsächliche Handlung könnte ganz anders vollzogen werden als zum Zeitpunkt der Befragung beabsichtigt. Trotzdem wird hier die Haltung abgefragt (vgl. Kapitel 3.2 Modelle zur Erfassung einer Änderung des Gesundheitsverhaltens).

Nun wurde überprüft, ob die Vorlesung einen Einfluss auf die präventive Haltung der SchülerInnen hat, also ob die zusammengefassten Kategorien zu den drei Zeitpunkten einen signifikanten Unterschied aufweisen. Es wurden nur die SchülerInnen einbezogen, bei denen zu allen drei Zeitpunkten die Angaben vorhanden waren (N=908). Zur Überprüfung eines signifikanten Unterschieds wurde ein McNemar-Test gerechnet, der zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt mit $\chi^2=121,126$; $p<0,001$ (höchst signifikant) einen höchst signifikanten Unterschied in der Kategorie „Präventive Haltung“ ergab. Auch zwischen dem ersten und dritten Zeitpunkt bleibt mit $\chi^2=16,504$; $p<0,001$ (höchst signifikant) ein höchst signifikanter Unterschied der Werte bestehen. Die Vorlesung hat demnach einen signifikanten Einfluss auf die präventive Haltung. Auch drei Monate nach der Vorlesung geben die SchülerInnen an, mehr Kondome dabei zu haben oder den Zeitpunkt ihres Geschlechtsverkehrs zu planen. Zur Bestimmung eines Einflusses des Geschlechts auf die präventive Haltung wurde ein Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Dieser zeige jedoch nur vor der Vorlesung (zum ersten Zeitpunkt) mit $Z= -2,731$; $p=0,006$ (sehr signifikant) einen sehr signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Demnach haben die Mädchen vor der Vorlesung eine höhere präventive Haltung als die Jungen. Nach der Vorlesung (zum zweiten und dritten Zeitpunkt) ergab sich mit $Z= -1,194$; $p=0,233$ (nicht signifikant) und $Z= -0,419$; $p=0,675$ (nicht signifikant) kein signifikanter Unterschied mehr. Folgende Grafik zeigt den Verlauf der präventiven Haltung zu den drei Zeitpunkten und die Unterscheidung Geschlecht.

Präventive Haltung – zu den drei Erhebungszeitpunkten mit Faktor Geschlechter**Abbildung 20: Vergleich der Präventiven Haltung zu den drei Erhebungszeitpunkten. n=908.**

Ein Vergleich der Interventions- und der Kontrollgruppe mittels eines Mann-Whitney-U-Test ergab zum ersten und dritten Zeitpunkt einen signifikanten Unterschied zum ersten Zeitpunkt mit $Z = -2,943$; $p = 0,003$ (sehr signifikant). Zum dritten Zeitpunkt, drei Monate nach der Vorlesung, ergab der Test mit $Z = -0,963$; $p = 0,336$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Unterschied mehr. Das liegt sehr wahrscheinlich daran, dass die Kontrollgruppe ein höheres Bildungsniveau hat und das Durchschnittsalter ebenfalls höher ist (vgl. Kapitel 4.3.2 Fragebogen Erhebung). Bei der Kontrollgruppe wird im Vergleich zur Interventionsgruppe zum ersten Zeitpunkt eine signifikant höhere präventive Haltung festgestellt. 74% geben an, dass sie ein Kondom dabei haben oder den Zeitpunkt ihres Geschlechtsverkehrs planen, in der Interventionsgruppe sind das nur 68%. Zum dritten Zeitpunkt ist der Wert in der Kontrollgruppe bei 76%, was dem gesteigerten Wert in der Interventionsgruppe entspricht.

5.2.6 Bereitschaft, sich beim Arzt über Verhütungsmittel beraten zu lassen

Aufgrund der abnehmenden Grundgesamtheit bei der zweiten und dritten Befragung war hier nicht möglich zu errechnen, ob die Vorlesung einen Effekt auf die Bereitschaft hat, sich beim Arzt über Verhütungsmittel beraten zu lassen (Frage 15 des Fragebogens).

Zum ersten Befragungszeitpunkt wurde folgender Stand erhoben. 47% der befragten Mädchen haben schon einmal einen Arzt aufgesucht, um sich über Verhütungsmittel beraten zu lassen.⁵⁹ Davon geben 26,9 % an, dass sie sich die Pille verschreiben lassen wollten, um Sex zu haben oder aufgrund von Regelschmerzen. 12,4% waren dort, weil sie von einem Elternteil geschickt wurden. Der Altersdurchschnitt liegt bei 16,11.

Nur 7% der befragten Jungen waren schon mal beim Arzt, um sich über Verhütungsmittel aufklären zu lassen (vgl. dazu auch Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010: 46ff.)

Bereits eine Arztberatung gehabt – Vergleich zwischen Mädchen und Jungen

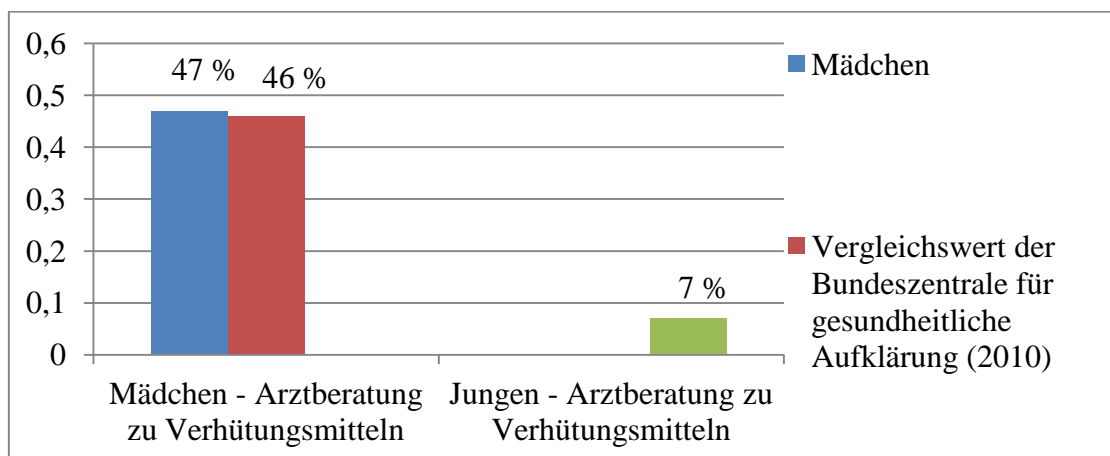


Abbildung 21: Bereits eine Arztberatung zu Verhütungsmitteln gehabt. Vergleich zwischen den befragten Mädchen und dem bundesweiten Vergleichswert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010) und den Jungen. Mädchen N=898 und Jungen n=865.

Eine Differenzierung des genauen Alters, zu dem das erste Mal ein Arzt aufgesucht wird, kann aufgrund der geringen Fallzahlen niedriger Altersstufen nicht gegeben werden.

⁵⁹ Die aktuelle Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010) ‚Jugendsexualität‘ gibt an, dass 46% der Mädchen ohne Migrationshintergrund zwischen 15 und 17 Jahren schon einmal beim Arzt waren, um sich über Verhütungsmittel aufklären zu lassen (vgl. ebd.: 48).

5.2.7 Impfstatus: Hepatitis A und B und humane Papillomviren (HPV)

Aufgrund der abnehmenden Grundgesamtheit bei der zweiten und dritten Befragung war es nicht möglich zu errechnen, ob die Vorlesung einen Effekt auf das Impfverhalten hat.⁶⁰

Deshalb wird die Frage als Statusabfrage dargestellt.

Für den HepatitisA/B-Impfstatus geben 61,3% der Befragten an, sie seien geimpft. 7,8% geben an, sie seien nicht geimpft und 30,9% wissen nicht, ob sie geimpft sind. Eine Geschlechterunterscheidung ergibt folgende Werte: Für den Hepatitis A/B-Impfstatus geben 57,5% der Jungen und 54,4% der Mädchen an sie seien geimpft, 6,5% der Jungen und 8,9% der Mädchen geben an, dass sie nicht geimpft seien. 36% der Jungen und 26,8% der Mädchen wissen nicht, ob sie geimpft sind.

Folgende Graphiken zeigen den Hepatitis-Impfstatus der Befragten zum ersten Zeitpunkt.

Gegen Hepatitis geimpfte SchülerInnen – Statusabfrage vor der Vorlesung

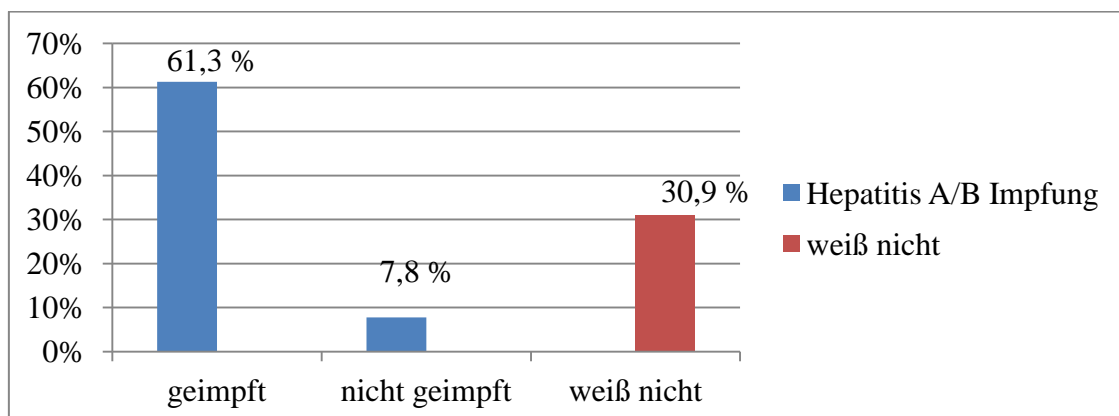


Abbildung 22: Abfrage der Hepatitis-Impfung bei den gesamten SchülerInnen zum ersten Erhebungszeitpunkt (n=1779).

Der HPV Impfstatus wurde bei 1047 Schülerinnen abgefragt. 37,5% gaben an, dass sie geimpft seien. 48% gaben an, sie seien es nicht und 14,4% wussten es nicht.

⁶⁰ Zudem kommt die hohe Anzahl derer, die ihren Impfstatus nicht kennen („weiß nicht“ Angaben).

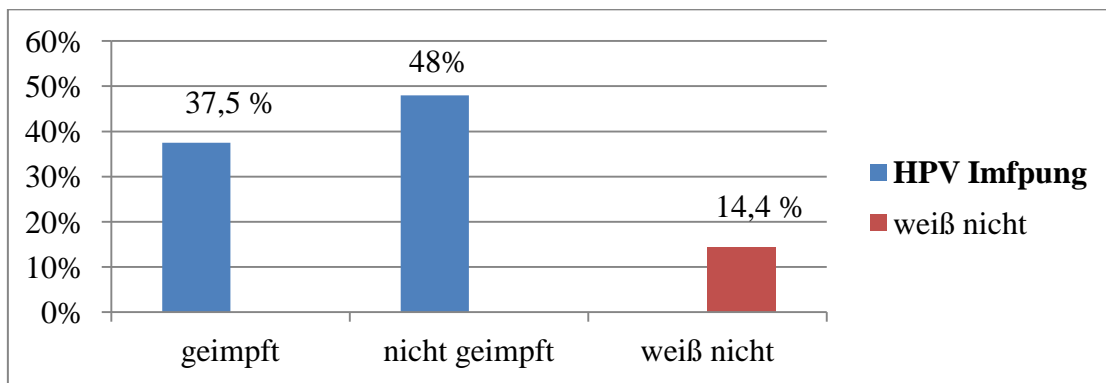
Gegen HPV geimpfte Schülerinnen – Statusabfrage vor der Vorlesung

Abbildung 23: Abfrage der HPV-Impfung bei allen Schülerinnen zum ersten Erhebungszeitpunkt (n=898).

5.2.8 Bereitschaft des Freundeskreises zur Kondomnutzung

Die Frage nach dem Kondomgebrauch des Freundeskreises (vgl. Kapitel 11. Anhang, Fragebogen, Frage 19) war als indirekte Verhaltensabfrage ausgelegt und wurde zum ersten Zeitpunkt, vor der Vorlesung und zum dritten Zeitpunkt, drei Monate nach der Vorlesung abgefragt. Bei dieser Frage wurde von den befragten SchülerInnen sehr häufig ‚weiß nicht‘ als Antwortkategorie gewählt. Es wurden nur die SchülerInnen mit einbezogen, die zu beiden Zeitpunkten eine Angabe in den auswertbaren Antwortkategorien gemacht hatten (N=631). Es wurde davon ausgegangen, dass es einen Zuwachs in der Beurteilung des Kondomgebrauchs im Freundeskreis gibt. Zur Berechnung eines möglichen Unterschieds in der Verteilung der Angaben, wurde ein Wilcoxon-Test gerechnet. Dieser ergab mit $Z = -1,164$; $p = 0,122$ (nicht signifikant) keinen signifikanten Unterschied in der Verteilung der Angaben zur Einschätzung der Kondomnutzung im Freundeskreis. Folgende Graphik gibt einen Überblick zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt.

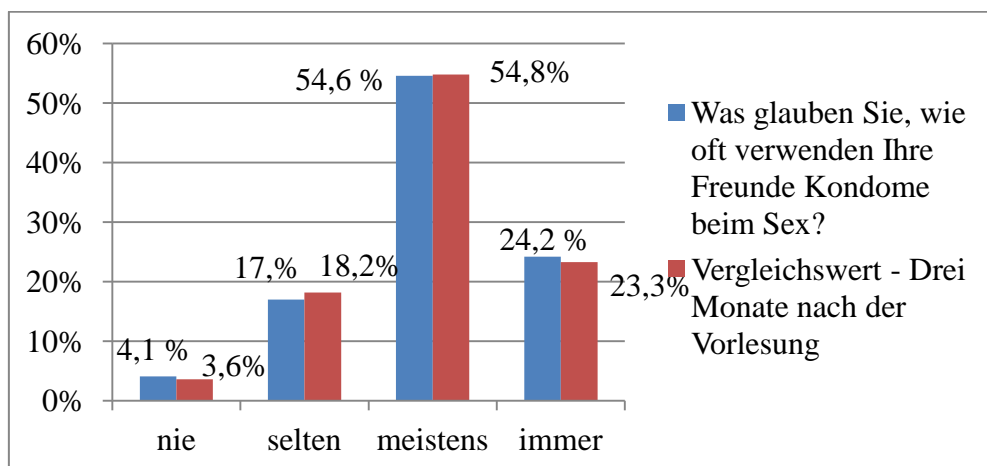


Abbildung 24: Bereitschaft zur Kondomnutzung im Freundeskreis – Vergleich erster und dritter Zeitpunkt der Befragung (N=631).

Ein Effekt der Vorlesung auf die Einschätzung des Kondomgebrauchs der Freunde, der indirekt den eigenen Kondomgebrauch abfragt, konnte nicht bestätigt werden.

4,1% gehen davon aus, dass ihre Freunde nie Kondome benutzen. 17,0% gehen davon aus, dass selten Kondome verwendet werden. 54,6% geben ‚meistens‘ an und 24,2% ‚immer‘.

5.2.9 HIV-Antikörpertest ‚gedacht, geplant, gemacht‘

Es wurde abgefragt, wer der befragten SchülerInnen vor der Vorlesung schon einmal an einen HIV-Antikörpertest gedacht oder einen gemacht hat, nach der Vorlesung einen plant und ihn schließlich auch gemacht hat. Damit sollte eine mögliche Sensibilisierung der SchülerInnen erfasst werden.

Durch die nicht eindeutige Formulierung der Abfrage kann jedoch beim Ergebnis keine eindeutige Aussage gemacht werden.

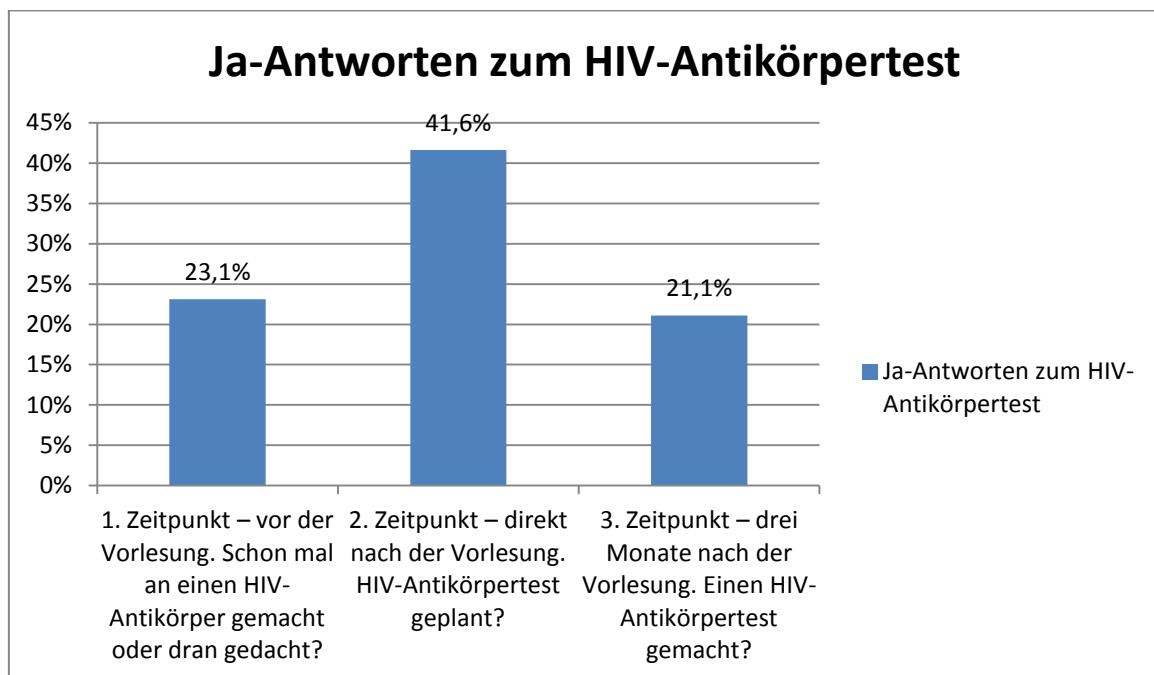


Abbildung 25: Übersicht der Bejahungen zum HIV-Antikörpertest zu den drei Zeitpunkten (N=649).

Es wird deutlich, dass ein HIV-Antikörpertest bei über 20% schon vor der Vorlesung im Bewusstsein war und nach der Vorlesung über 40% einen Test planen. Die Angaben zur Umsetzung des Tests nach der Vorlesung zeigen, dass nur die Hälfte einen gemacht hat. Angesichts der Tatsache, dass über 50% der befragten SchülerInnen angeben, noch nie Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (vgl. Kapitel 5.2.12 Geschlechtsverkehr ohne Kondom), ist das nicht verwunderlich. Dazu kommt, dass Jugendliche in Deutschland ein sehr geringes Risiko für eine HIV-Infektion haben, auch wenn es immer wieder Einzelne gibt, die regelmäßig einen HIV-Test machen (vgl. Kapitel 5.3 Auswertung der Interviews).

5.2.10 Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen

Es gab keine nennenswerte Veränderung der einzelnen Angaben zwischen erster und dritter Befragung. Deshalb wurde die dritte Befragung mit N=1068 herangezogen. Folgende Graphik gibt einen Eindruck der angegebenen Häufigkeiten in Bezug auf Mädchen und Jungen in Prozent.

Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen – Vergleich Jungen & Mädchen

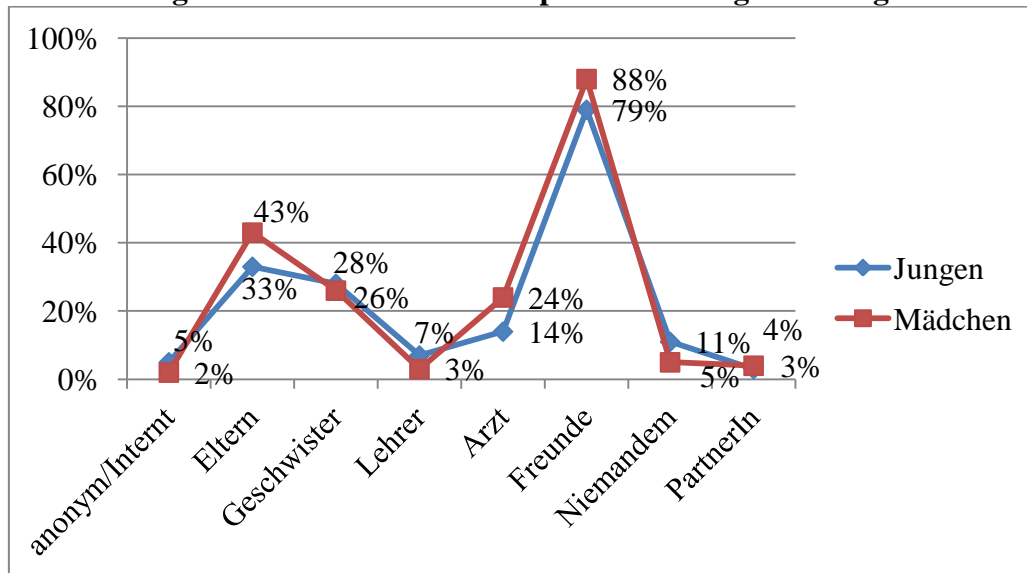


Abbildung 26: Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen. Vergleich Jungen (N=482) und Mädchen(n=586).

Die Unterscheidung von SchülerInnen mit und ohne Migrationshintergrund ergibt folgende Graphik.

Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen – Vergleich Migrationshintergrund

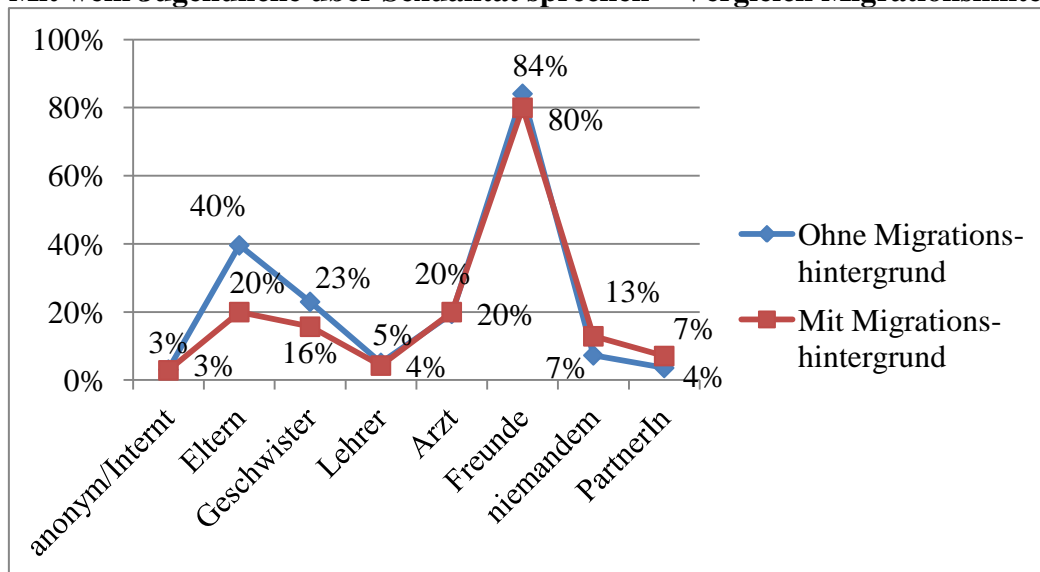


Abbildung 27: Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen. Vergleich Migrationshintergrund. Ohne Migrationshintergrund (N=999) und mit Migrationshintergrund (n=70).

Jungen nutzen eher das Internet, um sich über Sexualität zu informieren oder auszutauschen. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass Jungen generell das Internet stärker nutzen als Mädchen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010: 58; KIM 2008: 39, 41). Freunde spielen bei beiden Geschlechtern die Hauptrolle im Austausch über Sexualität. Hier sind vermutlich gleichgeschlechtliche Freunde gemeint, die bei differenzierteren Abfragen zum Thema Sexualität und Jugend angegeben werden (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010: 13). Die Geschlechtsunterschiede bei der Antwortmöglichkeit ‚Eltern‘ bestätigen ebenfalls die Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010) zur Jugendsexualität. Diese gibt an, dass das Elternhaus bei Jungen bezüglich der Aufklärung über Sexualität eine kleinere Rolle einnimmt als bei Mädchen (vgl. ebd.: 26). SchülerInnen mit Migrationshintergrund sprechen sehr viel weniger mit ihren Eltern über Sexualität als die anderen SchülerInnen. Die Geschwister spielen bei beiden Geschlechtern eine ähnlich große Rolle. Lehrer sind für Jungen eher Ansprechpartner als für Mädchen (vgl. ebd.: 13). Geschwister werden von den Jungen etwas häufiger genannt, wenn es um Kommunikation über Sexualität geht. Auch was den Arzt oder die Ärztin angeht, decken sich die Ergebnisse mit denen der Studie ‚Jugendsexualität‘. Mädchen sprechen häufiger mit Ärzten über Sexualität, was sehr wahrscheinlich darin liegt, dass 85% der Mädchen mit 17 Jahren schon einmal beim Frauenarzt waren und sich über 50% von ihnen über Verhütungsmittel beraten ließen (vgl. ebd.: 47; 51).

11% der Jungen geben an, dass sie mit niemandem über Sexualität sprechen, was bei Mädchen nicht so stark ausgeprägt ist. Mit dem Partner oder der Partnerin sprechen eher wenige Befragte über Sexualität (vgl. ebd.: 2010: 13). Das könnte daran liegen, dass rund 54,9% (vgl. Kapitel 5.2.12 Geschlechtsverkehr ohne Kondom) der Befragten noch keinen Sex hatten und zum Zeitpunkt der Befragung keine Beziehung haben (vgl. Kapitel 5.2.13 Beziehungsstatus der Jugendlichen). Die gesamten sichtbaren Unterschiede der Geschlechter sind bis auf die Antwortmöglichkeit ‚PartnerIn‘ signifikant voneinander unterschiedlich.

5.2.11 Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung – HIV oder andere STD – sprechen

Im Gegensatz zum letzten Kapitel, indem die Ergebnisse der Frage zur Kommunikation über Sexualität vorgestellt wurden, konnte bei der Frage, wer im Falle eines Verdachtes auf eine Ansteckung befragt werde – zumindest bei zwei Angaben – ein deutlicher Unterschied festgestellt werden. Folgende Graphiken geben die Antworten der SchülerInnen vor und drei Monate nach der Vorlesung wieder. Diese Frage wurde mit Mehrfachantwortmöglichkeit erhoben, deshalb ergeben die einzelnen Werte insgesamt mehr als 100%.

Mit wem sprechen Sie bei Verdacht auf eine Ansteckung? Antwort der Jungen

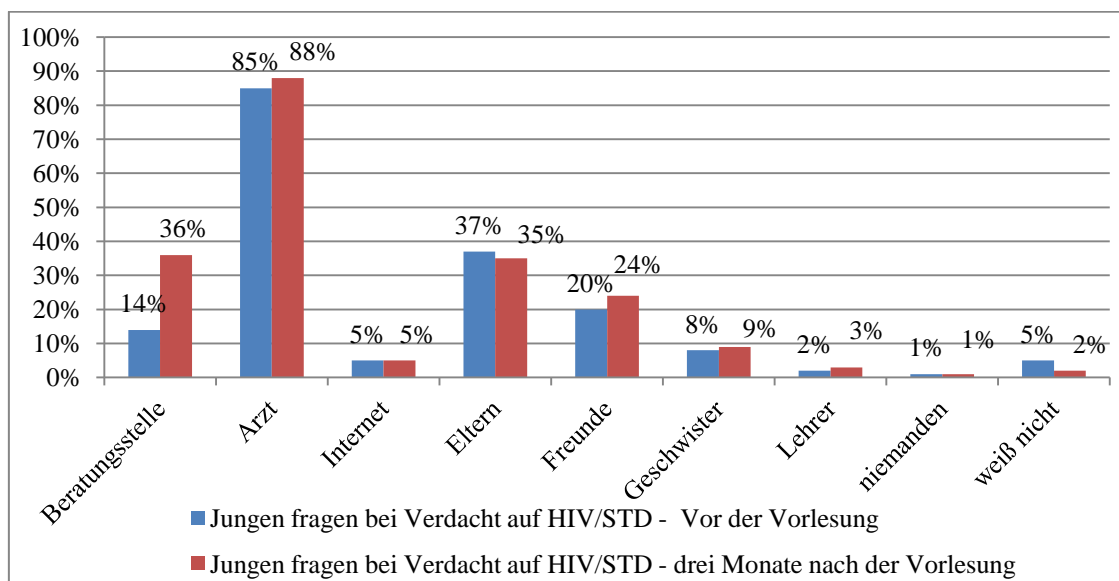


Abbildung 28: Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung (HIV oder andere STD) sprechen würden. Aussagen der Jungen (n=485) vor der Vorlesung und zeitverzögert in Prozent.

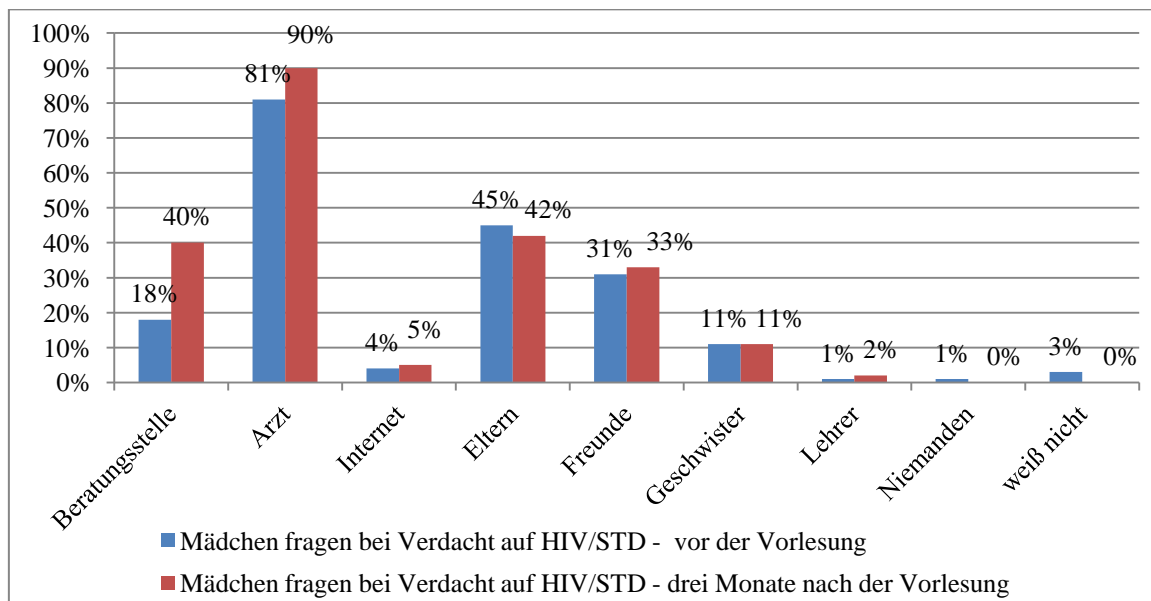
Mit wem sprechen Sie bei Verdacht auf eine Ansteckung? Antworten der Mädchen.

Abbildung 29: Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung (HIV oder andere STD) sprechen würden. Aussagen der Mädchen (n=578) vor der Vorlesung und zeitverzögert in Prozent.

Die Befragungen vor der Vorlesung und drei Monate danach zeigen, dass es einen sehr großen Frequentierungszuwachs der Beratungsstellen gibt, die nach Besuch der Vorlesung deutlich mehr als Informationsquelle genutzt würden als vorher. Dasselbe gilt für Ärzte als Anlaufstelle.

5.2.12 Geschlechtsverkehr ohne Kondom

Mit dieser Frage sollte einerseits erfasst werden, wie das Verhalten bezüglich des Kondomgebrauchs der Jugendlichen ist und andererseits wie viele der BesucherInnen der Vorlesung überhaupt schon sexuell aktiv waren. Der Auswertung liegen 1781 Angaben zugrunde, die vor der Vorlesung gemacht wurden. Die Graphik gibt einen ersten Überblick.

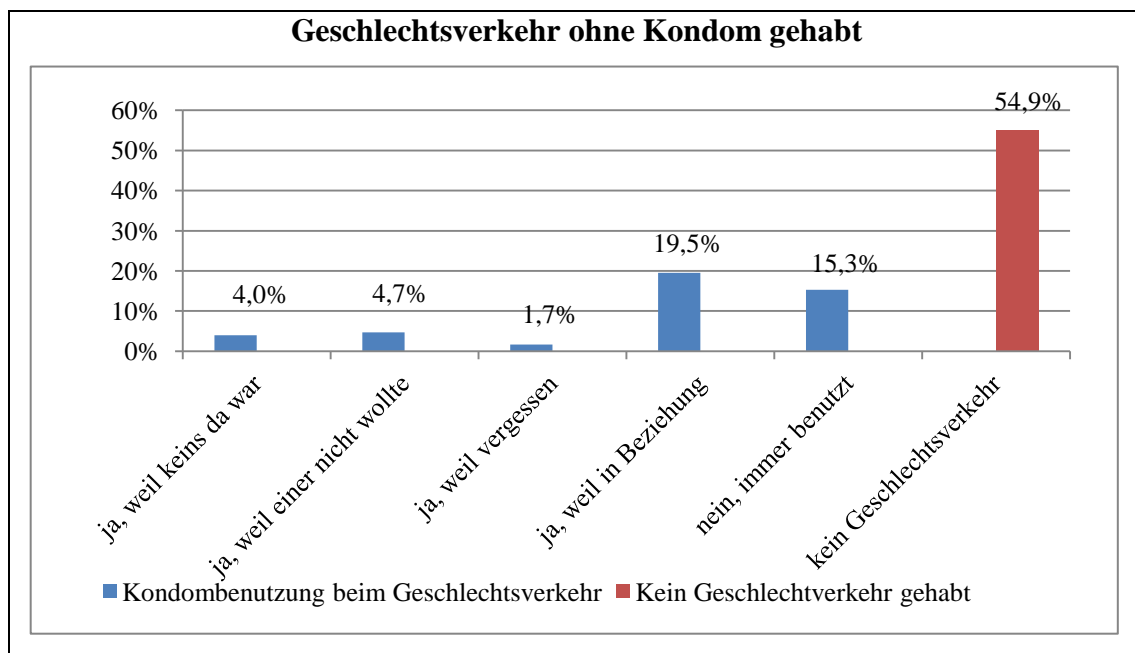


Abbildung 30: Geschlechtsverkehr ohne Kondom. n=1781.

Es zeigt sich, dass über die Hälfte der Befragten (54,9%) zum ersten Zeitpunkt vor der Vorlesung keinen Geschlechtsverkehr gehabt hatten. Zum dritten Zeitpunkt der Befragung liegt der Wert bei 53,6%. Jedoch sind zum dritten Zeitpunkt nur noch 1016 SchülerInnen berücksichtigt, da die Anzahl der Fragebögen aufgrund der fehlenden Zuordenbarkeit abgenommen hatte. 4% verwendeten kein Kondom, weil keines da war. Bei 4,7% wollten beide oder einer der Beteiligten keines verwenden. 1,7% geben an, dass sie es vergessen hätten und 19,5% haben keins benutzt, weil sie in einer Beziehung lebten. 15,3% gaben an, immer eines benutzt zu haben. Die folgende Graphik gibt einen Überblick über die prozentuale Verteilung bei den Mädchen und Jungen ohne Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr.

SchülerInnen ohne Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr

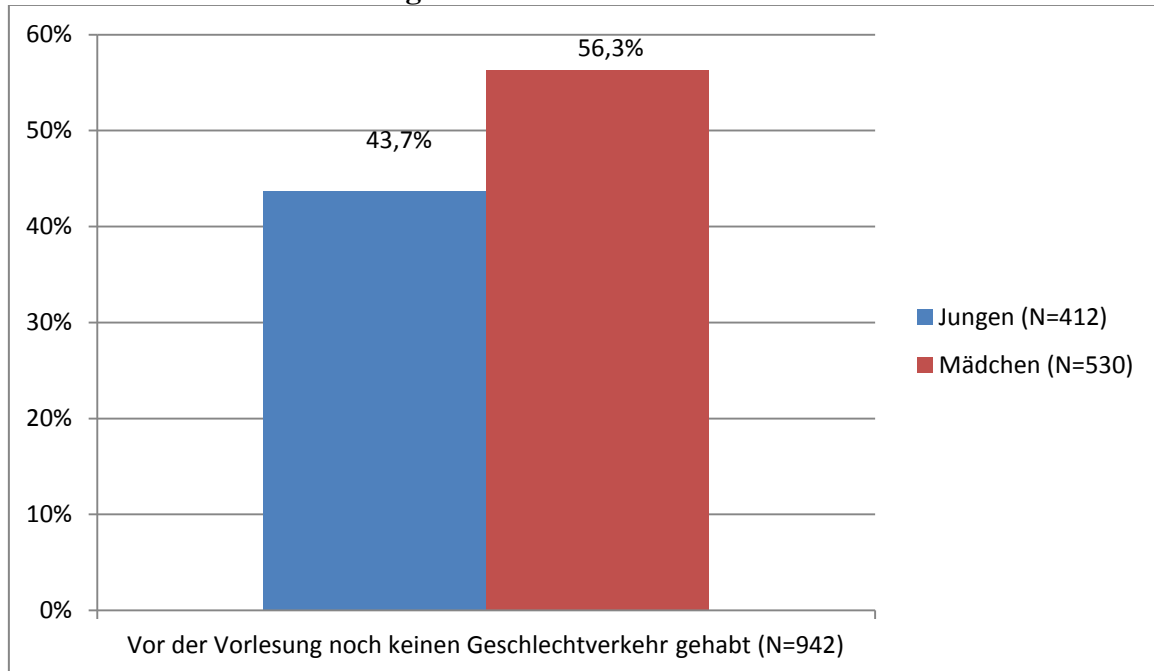


Abbildung 31: SchülerInnen ohne Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr –Vergleich Mädchen und Jungen (N=942).

Die anderen Antwortkategorien werden durch folgende Graphik dargestellt.

Geschlechtsverkehr ohne Kondom – Vergleich zwischen Mädchen und Jungen

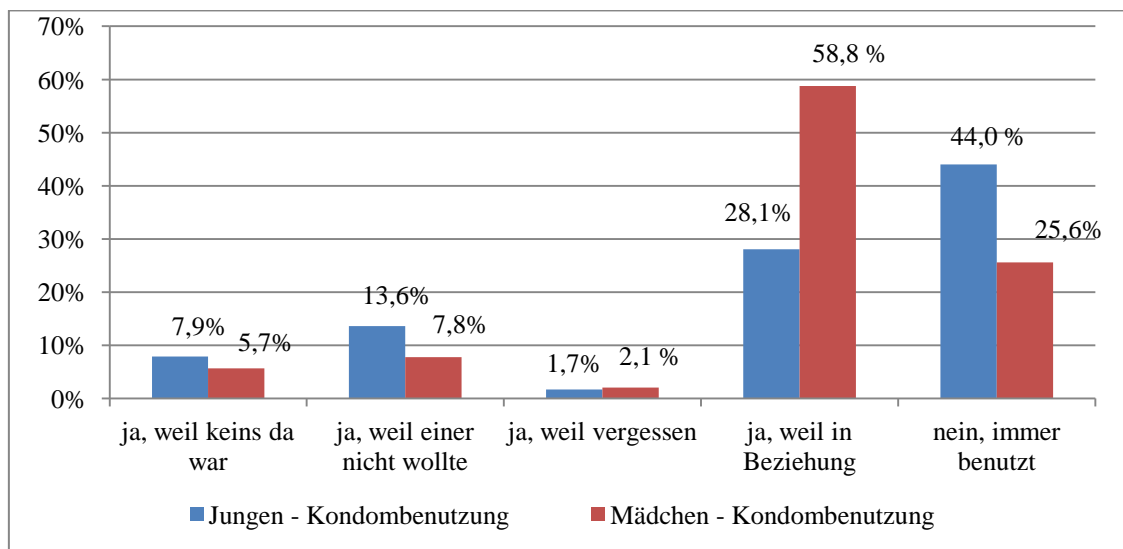


Abbildung 32: Geschlechtsverkehr ohne Kondom. Vergleich zwischen Jungen (n=388) und Mädchen (n=416).

Die Jungen haben mit 7,9% mehr Sex ohne Kondom, weil kein Kondom zur Hand war (Mädchen: 5,7%). Ebenso geben die Jungen öfter an, dass sie kein Kondom benutzt haben, weil einer der Beteiligten kein Kondom verwenden wollte (13,6% Jungen und 7,8%

Mädchen). Die Mädchen hingegen benutzen häufiger keines, weil sie in einer Beziehung leben (Jungen 28,1% und Mädchen 58,8%). Die Jungen geben aber mit 44 % häufiger an, dass sie immer eines benutzt haben, im Gegensatz zu den Mädchen mit 25,6%. Keine Signifikanz ergab der Geschlechtervergleich zum Vergessen des Kondom.

Im Zeitverlauf zeigt der Vergleich zum Befragungszeitpunkt vor der Vorlesung und nach drei Monaten, dass vorher 40,3% angaben, schon Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Drei Monate später sind es 46,3%. Siehe Graphik. Die Grundgesamtheit N=1016 des Vergleichs zwischen dem ersten und dritten Erhebungszeitpunkt ist auf die geringe Anzahl von Fragebögen zum dritten Zeitpunkt zurückzuführen. Wohingegen bei der Darstellung „Sexualverkehr ohne Kondom“ nur der erste Zeitpunkt, vor der Vorlesung, betrachtet wurde.

Zudem wurde versucht darzustellen, wie viele Schülerinnen in den drei Monaten, die zwischen der Vorlesung und der dritten Befragung lagen ihren ersten Geschlechtsverkehr hatten. Da die Grundgesamtheit sich stark reduziert hatte, decken sich die Angaben zum ersten Zeitpunkt (40,3%) nicht ganz mit den oben angeführten Daten. Es wurden für diesen Vergleich nur die SchülerInnen einbezogen, die zu beiden Zeitpunkten Angaben gemacht hatten. Die folgende Grafik zeigt, dass etwa 6 % der SchülerInnen in den drei Monaten nach der Vorlesung ihren ersten Geschlechtsverkehr hatten.

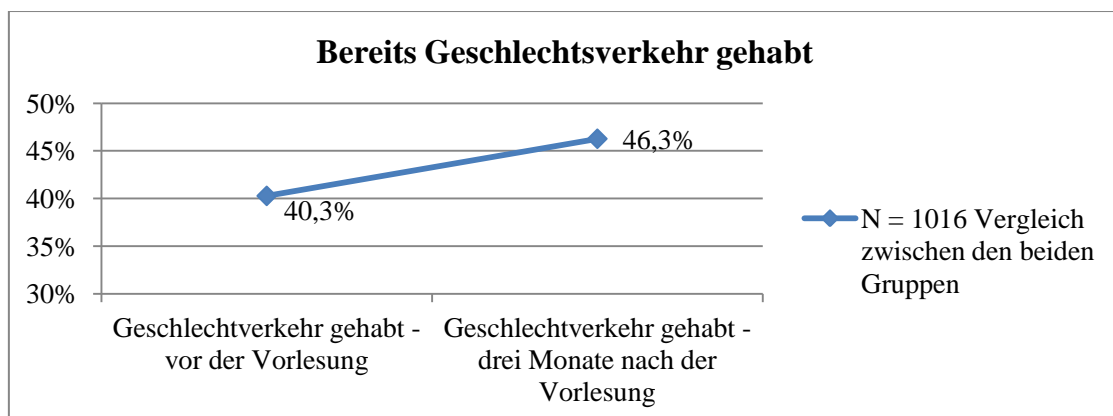


Abbildung 33: Schon Geschlechtsverkehr gehabt. Vergleich vor der Vorlesung und nach drei Monaten. n=1016.

5.2.13 Beziehungsstatus der Jugendlichen

Die Abfrage nach dem Beziehungsstatus blieb im Zeitverlauf zwischen dem ersten und dritten Zeitpunkt der Befragung konstant. Zu berücksichtigen ist hier jedoch, dass die Anzahl der Befragten vom ersten Zeitpunkt (1744) zum dritten Zeitpunkt (1067) zurückgeht und deshalb keine Aussage über einen Verlauf möglich ist. 25,4% der Jungen und 37,1% der Mädchen geben vor der Vorlesung an, dass sie in einer Beziehung sind.

Beziehungsstatus der Jugendlichen

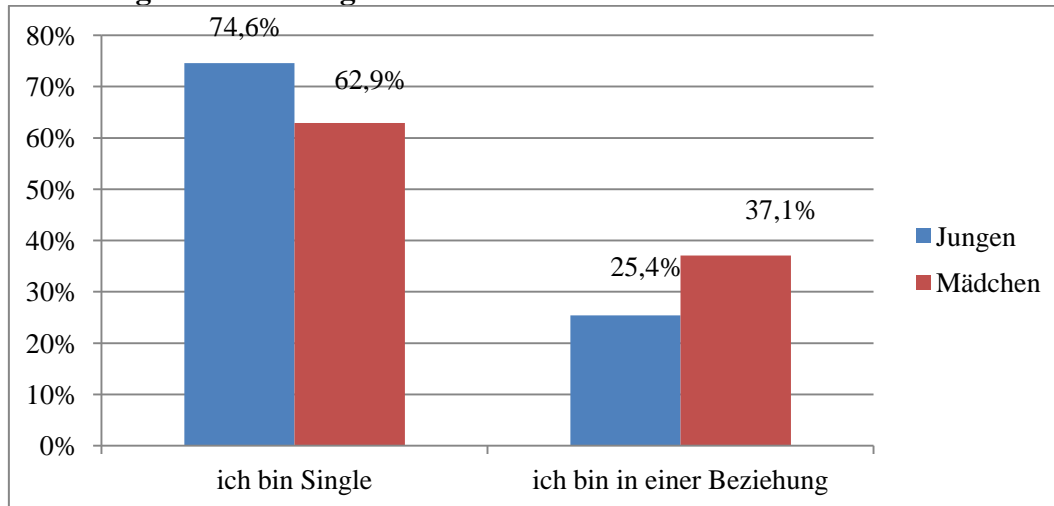


Abbildung 34: Beziehungsstatus der Jugendlichen zum ersten Zeitpunkt der Befragung. Jungen (n=791) und Mädchen (n=953).

5.2.14 Zusammenfassung: Die Nachhaltigkeit der Vorlesung

Die abgefragten Kenntnisse zum Kondomschutz, zu den Symptomen von Geschlechtskrankheiten, zu den Flüssigkeiten, die HIV übertragen und zum HIV-Test selber, steigen nach der Vorlesung signifikant an und sind auch nach drei Monaten noch signifikant höher als zuvor. Die Vorlesung dient demnach nachhaltig einer Informationsvermittlung zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Die erhobenen Vorkenntnisse der SchülerInnen steigt mit dem Bildungsniveau, auf die Schulart bezogen, an. Ebenso steigen die noch vorhandenen Kenntnisse drei Monate nach der Vorlesung entsprechend dem Bildungsniveau der SchülerInnen.

Zudem geben die SchülerInnen nach drei Monaten an, dass sie signifikant häufiger einen Arzt oder eine Beratungsstelle zu Rate ziehen würden, wenn sie einen Verdacht auf HIV oder eine andere sexuell übertragbare Infektion hätten. Neben der Meinungsabfrage zum Kondomgebrauch steigt auch die Angabe zur präventiven Haltung der SchülerInnen signifikant an. Diese Angaben der SchülerInnen lassen auf die präventive Wirkung der Vorlesung schließen. Die BesucherInnen wissen, an welche Stellen sie sich wenden können, wenn sie einen Verdacht auf HIV oder eine andere sexuell übertragbare Infektion

haben und sind sehr wahrscheinlich durch die Vorlesung ermutigt, sich bei Unklarheiten an eine solche Stelle zu wenden. Außerdem lässt der Anstieg der Absicht zum Kondomgebrauch und der präventiven Haltung darauf schließen, dass die SchülerInnen verantwortungsvoller mit ihrer Sexualität umgehen.

Die Statusabfrage zur Hepatitis-Impfung zeigt, dass ein Drittel der Befragten nicht weiß, ob es gegen Hepatitis geimpft ist. Die Vorlesung greift das Thema Impfung auf und vermittelt auch hierzu das nötige Basiswissen, dadurch wird es ins Bewusstsein der SchülerInnen gerufen. Ob die Vorlesung eine direkte Wirkung auf das Impfverhalten (Hepatitis/HPV) hat, konnte in der Längsschnittstudie aufgrund der Unklarheit über den Impfstatus und die verringerte Grundgesamtheit bei der Befragung nach drei Monaten nicht erfasst werden.⁶¹

Die Abfrage zur Kommunikation über Sexualität deckt sich mit der Studie ‚Jugendsexualität‘ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010). Hier wurde deutlich, dass beide Geschlechter hauptsächlich mit Freunden über ihre Sexualität sprechen und als nächsthäufige Kommunikationspartner die Eltern dienen. Jungen sprechen jedoch insgesamt weniger über Sexualität als Mädchen und geben auch mehr als doppelt so häufig an, dass sie sich mit niemandem über ihre Sexualität austauschen.

Keine Erhöhung ergab sich bei der Einschätzung zum Kondomgebrauch bei Freunden, die als indirekte Verhaltensabfrage erfolgte. Hier gaben jedoch schon vor der Vorlesung der Großteil der Befragten an, dass sie meistens oder immer Kondome verwenden.

Bei der Risikoeinschätzung, sich mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Erkrankung anzustecken, ließ sich direkt nach der Vorlesung eine signifikant höhere Einschätzung beobachten, die jedoch nach drei Monaten nicht mehr bestätigt werden konnte. Ebenso war dies beim Thema HIV-Test. Die Absicht, einen HIV-Test durchzuführen, war direkt nach der Vorlesung sehr hoch, nach drei Monaten konnte eine Umsetzung der Absicht nicht bestätigt werden.

Die Wirkung der Vorlesung auf die Bereitschaft zum Arzt zu gehen, um sich anschließend noch einmal über Verhütungsmittel beraten zu lassen, war aufgrund der abnehmenden Grundgesamtheit bei der zweiten und dritten Befragung nicht möglich. Jedoch konnte beobachtet werden, dass fast die Hälfte der befragten Mädchen schon einmal beim Arzt gewesen war, um sich über Verhütungsmittel beraten zu lassen, bei den Jungen waren es nur zehn Prozent.

⁶¹ Jedoch zeigt sich in der qualitativen Befragung (Kapitel IV, 3.3.2 Nachhaltigkeit – Wirkung der Veranstaltung), dass sich durchaus SchülerInnen mit ihrem Impfstatus auseinandersetzten und sich im Anschluss auch impfen ließen.

Ein Ergebnis, das sich für die Überprüfung der Effektivität der Vorlesung als sehr bedeutend herausstellte, ist, dass über 50% der Befragten zum Zeitpunkt der Erhebung vorher und nach drei Monaten noch keinen Sexualverkehr hatten. Das lässt keine Rückschlüsse über ein spezifisches Sexualverhalten zu, da ohne Erfahrungen mit Sexualverkehr keine Änderung desselben beobachtet werden können. Zu bedenken bleibt jedoch, dass Sexualverhalten mit Sexualverkehr nicht gleichzusetzen ist, da zum Sexualverhalten die Kommunikation und Interaktion mit dem anderen Geschlecht ebenso gehört, wie der ein eigenverantwortliche und selbstbewusste Umgang mit dem eigenen Körper.

Unter dem Gesichtspunkt des gesundheitsbewussten Umgangs mit sich und der eigenen Sexualität und der damit verbunden Eigenverantwortung zeigt die Längsschnitterhebung zur Vorlesung ‚Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten‘ eine deutliche Effektivität. Die für die SchülerInnen neuen Informationen rund um sexuell übertragbare Infektionen werden durchaus angenommen. Die Informationen dienen damit als Basis für ein gesundheitsbewussteres Verhalten was sich wiederum durch die Abfrage zur Haltung, Kommunikation und Kondomgebrauch zeigt.

5.3 Auswertung der Interviews

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interview-Befragungen präsentiert, die direkt nach der Veranstaltung und zeitverzögert nach etwa drei Monaten durchgeführt wurden.

Der Ergebnisteil gliedert sich in drei Teile. Der erste stellt die befragten SchülerInnen anhand von Kurzprofilen vor, um einen persönlichen Eindruck von ihnen zu vermitteln. Dazu wurden die Hauptaussagen in Erzählform zusammengefasst.⁶² Der zweite Teil befasst sich mit der Bewertung der Veranstaltung, um die Ergebnisse der quantitativen Feedback-Bogen-Erhebung bezüglich der Zufriedenheit der SchülerInnen und der Fragebogen-Erhebung zur Nachhaltigkeit der Veranstaltung durch wörtliche Zitate zu ergänzen. Im dritten Teil werden die unterschiedlichen Erfahrungen und Meinungen zur schulischen und individuellen Sexuaufklärung, zum Thema HIV und anderen Geschlechtskrankheiten dargestellt.

5.3.1 Kurzprofile der Interviewten

5.3.1.1 Saskia

Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews 17 Jahre alt und absolviert eine Ausbildung zur Arzthelferin bei einem Frauenarzt. Ihr Beziehungsstatus ist unklar, Sex hatte sie aber noch keinen. Sie kommt aus einer Familie, die sehr offen mit Sexualität umgeht und hat mit 13 schon die Pille bekommen. Saskia wirkt emanzipiert und spricht sehr offen über sich und ihre Sexualität, hat keine One-Night-Stands und sieht das Thema Aufklärung als sehr wichtig an. Ihrer Meinung nach kommt es darauf an, wie die Eltern mit Sexualität umgehen, dementsprechend wird sie den Kindern vermittelt – jedoch steht hier eigentlich immer die Schwangerschaftsverhütung im Vordergrund. Im Schulunterricht hat sie nur erzählt bekommen, wie man ein Kondom richtig benutzt, damit man nicht schwanger wird und was das HI-Virus im Körper macht. Hauptsächlich sieht sie aber den Freundeskreis als Informationsquelle rund um die jugendliche Sexualität an. Sie findet, dass eine professionelle Aufklärung mit 13 oder spätestens 14 Jahren wichtig sei, weil sie schon mitbekommen habe, wie Mädchen in ihrem Umfeld ihr erstes Mal mit zwölf erlebten. Die Veranstaltung von Herrn Dr. Zippel hatte sie schon einmal besucht, als sie noch auf der Realschule war. Den Teil über HIV fand sie zu lang und denkt, dass die meisten SchülerInnen darüber schon Bescheid wüssten. Sie mutmaßt dann aber, dass ihr

⁶² Die Namen wurden bei der Interview-Befragung nicht abgefragt. Die verwendeten Namen wurden willkürlich vergeben, um ein persönliches Bild der einzelnen Befragten zu schaffen.

Wissensvorsprung auch an ihrer Ausbildung im medizinischen Bereich liegen könnte. Trotzdem fand Saskia die Veranstaltung wieder interessant, vor allem die abschreckenden Bilder zu den Geschlechtskrankheiten. Sie wird sich auf jeden Fall Gedanken darüber machen, mit wem der nächste Junge, mit dem sie schlafen wird, bereits Sex hatte. Das Risiko, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anzustecken, über das sie sich vorher keine Gedanken gemacht hatte, schätzt sie auf jeden Fall höher ein als zuvor, glaubt aber, dass, wenn man sich keine Gedanken mehr darüber machen würde, das Verhalten wieder so wäre wie zuvor. Genauso sei es, wenn die Jugendlichen Drogen oder Alkohol konsumierten, der meiste ungeschützte Sex passiere, wenn man nicht mehr klar denken könne. Sie selbst würde aber immer ein Kondom benutzen, wenn sie einen Jungen neu kennenlerne und anfangs mit ihm zu schlafen. Wenn sie allerdings „fest“ mit einem zusammen wäre, dann würde sie trotz der abschreckenden Bilder auf Kondome verzichten.

5.3.1.2 Bernd

Bernd ist 19 und macht eine Ausbildung zum IT-Kaufmann. Er ist momentan Single und wirkt sehr offen und locker. Er geht gerne feiern und ist One-Night-Stands nicht abgeneigt. Er sagt, wenn man keine feste Partnerschaft habe und häufig wechselnde Geschlechtspartnerinnen, dann denke man schon über Kondome nach. Man wisse ja nie, mit wem das Mädchen vorher schon was hatte. Er wurde in der siebten Klasse in „Biologie“ aufgeklärt und meinte, man hätte in den zwei Stunden auch rausgehen können, wenn einen das Thema nicht interessiert oder die Eltern was dagegen gehabt hätten. Die Thematik „HIV“ hat Bernd eher als ‚abstrakt abgehandelt‘ in Erinnerung und als langweilig. Die meisten Informationen holte sich Bernd aus seinem Freundeskreis. Außerdem sei es bei der Aufklärung immer nur darum gegangen, dass das Mädchen nicht schwanger würde, aber nie um HIV oder um Geschlechtskrankheiten. Man könne zwar vom Oralverkehr nicht schwanger werden, aber dass man sich zum Beispiel durch Analverkehr auch HIV oder Syphilis holen könne, wurde ihm vorher von niemandem gesagt. Die Veranstaltung von Herrn Dr. Zippel fand er sehr interessant. Vieles wusste er noch nicht und er fand die Informationen sehr aufschlussreich. Gut fand er auch, dass die SchülerInnen immer gefragt und mit einbezogen wurden. Er findet es wichtig, dass Jugendliche richtig aufgeklärt werden, allerdings nicht zu früh. Dabei unterscheidet Bernd Mädchen und Jungen, da Jungen später reif würden. Die siebte Klasse sei genau richtig, weil die Jugendlichen da anfangen würden, Alkohol zu trinken und zu rauchen. Über Geschlechtskrankheiten wird er sich künftig mehr Gedanken machen, jeder wisse zwar,

dass es sie gibt, aber keiner wisse richtig Bescheid und verdränge das Thema. Im Umgang mit Menschen, die HIV infiziert sind, sieht er kein Problem. Er weiß, dass er ohne weiteres Sport mit ihnen treiben oder auch aus einem Glas trinken könnte. Und falls die Person doch mal eine blutende Wunde hätte, würde er sich ‚halt kurz‘ Aidshandschuhe⁶³ anziehen.

5.3.1.3 Fabian

Er ist jetzt 17 und in der Ausbildung zum IT-Kaufmann. Momentan hat er keine Freundin. Fabian wurde in der sechsten oder siebten Klasse aufgeklärt, da ging es aber nur um die Geschlechtsorgane und um Verhütung, Krankheiten wurden nie besprochen. Viele redeten im Freundeskreis über Sexualität, aber es gebe auch viele, die das Internet nutzten. Man könne sich im Internet ja schon mit zehn Jahren Filme reinziehen, wenn man das wolle. Aufgeklärt sollte man spätestens mit zwölf Jahren werden. Er hat eine Schwester, die gerade 13 geworden ist und findet ihr Äußeres nicht angemessen, außerdem gebe es ja schon Mädchen, die mit elf Jahren ein Kind bekommen. Die Veranstaltung von Stefan Zippel fand er sehr gut, sie war abwechslungsreich und lustig gemacht. Die Bilder über die Geschlechtskrankheiten regen ihn zum Nachdenken an, und die Syphilis-Fotos wird er nie wieder vergessen. Die Vernetzung von Risikokontakten einer amerikanischen Studie in Highschools fand er schockierend. Bisher war es immer so, dass, wenn es zum Sex kam, man tausend andere Sachen im Kopf hatte. Jetzt, da man die Risiken kenne und die Bilder gesehen habe, würde er ganz anders abwägen, ob er ein Kondom benütze. Es sei eben auch oft so, dass sich das Mädchen die Anti-Babypille verschreiben lasse und damit das Thema Verhütung erledigt sei. Bei ihm war es aber so, dass sich seine Ex-Freundin nicht zum Frauenarzt getraut habe und deshalb die Pille nicht genommen habe. Außerdem ist er der Meinung, dass, wenn man jemanden kennt und Vertrauen hat, man sich überhaupt nicht vorstellen könne, dass die Person mit irgendetwas infiziert sei. Ähnlich sei es beim Partymachen. Am schlimmsten sei es, wie zum Beispiel kommendes Wochenende an Fasching, wenn man getrunken habe und dann ganz schnell Dinge macht, die man im normalen Leben nicht tun würde, wie beispielsweise sofort und unüberlegt mit einer Person Sex zu haben, die man gerade erst kennengelernt hat.

⁶³ Gummihandschuhe, die auch für andere Infektionskrankheiten einen Schutz darstellen, wenn man Erste-Hilfe leistet.

5.3.1.4 Pit

Er ist beim Interview 17 Jahre alt und macht eine Ausbildung zum IT-Kaufmann. Momentan ist er Single und macht einen bedachten und sensiblen Eindruck. Pits Vater ist Arzt und hat ihn schon mit sieben Jahren aufgeklärt. Das fand er viel zu früh, er wusste gar nicht, wie er damit umgehen sollte. In der Schule hatte er allerdings nie Sexualkunde, weil er vom Gymnasium auf die Realschule gewechselt ist, und die Lehrer das Thema zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten behandelt haben. Deswegen fiel die Information für ihn aus. Pit kennt einen Typen über einen Fußballkumpel, der seine Freundin geschwängert hat, die dann mit 13 schon ein Kind bekommen hat. Er findet, dass man mit zwölf aufgeklärt sein müsse, aber nicht viel früher. Mit Freunden redet er nicht über Verhütung, man rede darüber, was man schon ausprobiert hat und wie das war. Er fand den Vortrag locker. Besonders gut fand er die Zahlen und Statistiken, weil deutlich wurde, wie oft man von Geschlechtskrankheiten betroffen sein könnte. Bisher ging es bei Kondomen immer nur um Schwangerschaft, jetzt sieht er das anders. Als es in der Gruppendiskussion darum ging, ob man One-Night-Stands habe oder nicht, meinte Pit, er würde nie mit einer schlafen, die er erst zwei Tage kennt. Da sei er einfach ganz anders als die anderen. Beim Thema Menschen mit HIV ist er der Meinung, dass es einen großen Unterschied macht, ob es die eigene Freundin oder ein Kumpel wäre, die mit HIV infiziert wurden. Man müsse unterscheiden, ob man sexuellen Kontakt mit der Person habe oder nicht. Im Endeffekt aber könne man sich das nicht vorstellen, weil es ja immer etwas anderes sei, wenn man tatsächlich in der Situation ist.

5.3.1.5 Matthias

Matthias ist 18 und hat keine Freundin. Er ist eher still und sagt selber nicht viel zu den Themen. Öfter hat er sich der Meinung der mit ihm befragten Mädchen angeschlossen. In der Schule war er in der siebten Klasse, als Sexualkundeunterricht stattfand. Seiner Meinung nach gingen Kinder nicht zu ihren Eltern und stellten Fragen über Aufklärungsthemen. Generell wüssten die Kinder viel früher schon Bescheid, als ihre Eltern mit ihnen redeten. Über Verhütung müsse man sich als Mann nicht so auskennen, weil es viel mehr Verhütungsmittel für Frauen gebe. Die Bilder findet er das Spannendste an der Vorlesung, sie seien so aufschlussreich, wie eklig. Jetzt wisse man, wie Geschlechtskrankheiten aussehen. Bisher dachte er, dass Symptome, die nicht weh tun

nichts verursachen könnten. HIV spielt in seinem Umfeld keine Rolle, er kennt keinen Betroffenen und macht sich auch keine Gedanken darüber.

5.3.1.6 Monika

Sie ist 18 und schon länger in einer Beziehung. Sexualkundeunterricht hat sie in der Schule als Pflichtprogramm empfunden. Dieser habe viel zu spät stattgefunden, erst in der neunten Klasse, und es sei nur um Verhütung gegangen. Monika geht davon aus, dass die Eltern es mitbekommen, wenn die Kinder bereit für Aufklärung sind. Sie selbst hat ein Aufklärungsbuch von ihrer Mutter bekommen, als sie in der Grundschule war. Das Internet hat sie bisher zur Selbstaufklärung nur genutzt, als der Nuvaring⁶⁴ heraus kam. Sie meint, dass zu viele Leute in der Veranstaltung gesessen haben, es wurde zu viel gekichert. Stefan Zippel habe die Themen locker erklärt und dazu Begriffe verwendet, die Jugendliche selbst benutzen. Die Bilder empfand sie als abschreckend. Sie fand es besonders gut, dass man auch Krankheitsverläufe gesehen habe, die am Anfang oft sehr harmlos wirken. Bisher dachte sie immer, dass man sofort merke, wenn man eine Geschlechtskrankheit habe. Mit Freunden über Sex zu reden – damit habe sie kein Problem. In einer Beziehung sei man aber anfangs oft ein bisschen verklemmt. Sie fand auch gut, dass es das Beispiel mit dem Jungen gab, der sich umgebracht hat, weil er schwul war. So würden alle Mitschüler darauf aufmerksam gemacht, dass es so etwas gebe, auch wenn man selbst nicht betroffen sei. Vom Thema HIV höre sie nicht so viel. Es wurde ihr aber mal ein Mädchen vorgestellt, das HIV-infiziert gewesen sei. Das habe sie aber erst im Nachhinein erfahren und sei dann sehr verunsichert gewesen. Sie habe sich viele Gedanken darüber gemacht, ob durch den Kontakt eine Ansteckung möglich gewesen sei. Eigentlich wisse sie aber, dass man sich nicht so leicht mit HIV anstecken könne.

5.3.1.7 Ramona

Ramona ist 20 und momentan Single. Immer, wenn es in der Schule um Aufklärung ging, seien alle peinlich berührt gewesen, die Lehrer und die Schüler. Mit ihren Freunden habe sie kein Problem, offen über zum Beispiel Chlamydien oder eine Blasenentzündung zu sprechen, auch über Sex zu reden sei ganz normal. Sie glaubt, dass auch diejenigen

⁶⁴ Verhütungsring aus Kunststoff mit Hormonen, der in die Scheide eingeführt wird und dort für drei Wochen verbleibt. Östrogen und Gestagen werden direkt an die Scheidenwand abgegeben. Laut Hersteller eine niedrigere Hormondosis als bei der ‚Pille‘ der Vorteil des Nuvarings. Zudem nehmen Magen-Darm-Probleme keinen Einfluss auf die Verhütungssicherheit.

Jugendlichen Sex hätten, die total verklemmt erscheinen und sich nicht trauen, über Sex zu reden. Sie sagt, dass sie sich aufgrund der Bilder über die Geschlechtskrankheiten in der Veranstaltung zukünftig bei sich und ihren Partnern immer ganz genau hinschauen werde. Vorher wusste sie überhaupt nicht, welche Krankheiten es gebe. Ramona ist der Meinung, dass solche Präventionsveranstaltung wie sie sie erlebt hat, von der Regierung unterstützt werden sollten, da es so viele harmlos erscheinende Geschlechtskrankheiten und auch Schwangerschaftsabbrüche bei jungen Leuten gebe. Wenn man vergesse zu verhüten, denke eigentlich nie jemand an HIV, die wenigsten machten einen Test. Wenn man die Person kenne, mit der man Sex habe, dann könne man sich sowieso nicht vorstellen, dass sie irgendeine Geschlechtskrankheit habe. Ramona versteht Menschen, die keinem erzählen, dass sie HIV-positiv sind, weil es keinen etwas anginge. Aber wenn es zum Sex komme, solle man schon mit offenen Karten spielen.

5.3.1.8 Nina

Nina ist 19 Jahre alt und hat keinen Freund. Schulaufklärung sei keine richtige Aufklärung sagt sie, das Thema werde nicht richtig ernst genommen. Der Freundeskreis erziehe sich quasi gegenseitig, was diese Themen angehe. Wenn sie etwas nicht weiß, dann schaut sie zuerst einmal im Internet nach, ansonsten würden in Mädchenrunden auch alle Probleme offen angesprochen. Sie glaubt, dass Jungs diese Gespräche eher mit ihrer Partnerin führen als untereinander. Wenn sie unsicher sei, dann würde sie auf jeden Fall sofort zu ihrer Frauenärztin gehen, schließlich wisse diese alles von ihr.

Als Nina hörte, dass sie mit ihrer Klasse einen Vortrag besuchen würde, dachte sie, er würde trocken und uninteressant werden. Jetzt findet sie, die Veranstaltung sei sehr gut gemacht und die Informationen seien gut erklärt worden, und Stefan Zippel kenne sich aus mit jungen Leuten. Sie fand es erschreckend zu sehen, wie viele Abtreibungen es bei unter 19-Jährigen gebe. Von Geschlechtskrankheiten habe sie vorher noch nichts gehört – außer HPV – und sie fand es sehr gut, dass Bilder gezeigt wurden. Nina dachte auch, dass schlimme Erkrankungen immer wehtun. Das Kondom würde sie beim ersten Mal nie weglassen, wenn sie mit einem Jungen schlafe. Sie sagt, dass das eigentlich jeder wisse und alle, die es nicht machten, seien einfach nur blöd.

5.3.1.9 Nora

Nora ist 21 und lebt in einer Beziehung. Sie wurde von ihrer Mutter aufgeklärt, als sie etwa zehn war und hat ein Aufklärungsbuch bekommen, als sie in die Grundschule ging. Darin sei aber nur Verhütung Thema gewesen, und im Gegensatz zu den anderen habe sie das damals nicht als unangenehm empfunden. Ihrer Meinung nach geht man mit Problemen im Freundeskreis nicht sehr offen um, vor allem, wenn man selbst betroffen sei. Sie führte das Beispiel Feigwarzen an. Sie glaubt, dass die Jugendlichen nach der Veranstaltung zu mehr Vorsorgeuntersuchungen gehen und findet, dass man sich und seinen Körper genau beobachten sollte. Vorher habe sie noch nichts Konkretes über Geschlechtskrankheiten gehört. Erschreckend fand sie die Geschichte von dem Jungen, der sich umgebracht hat, weil er schwul war. Nora meint, je jünger man sei, desto naiver gehe man an die ganze Sache heran, weil man sich einfach keine Gedanken mache. Eine gute Aufklärung findet sie generell sehr wichtig, auch Muslime sollten aufgeklärt werden. Auch wenn sie vorerst auf Sex verzichten, früher oder später bräuchten sie das Wissen.

5.3.1.10 Andrea

Andrea ist schon 22 und macht eine Ausbildung zur Immobilienkauffrau. Sie hat seit ein paar Jahren einen Freund, wohnt aber nicht mit ihm zusammen. Sie wirkt sehr unkompliziert und redet im Interview sehr offen über alle Themen. Auch in ihrem Freundeskreis gingen alle offen mit Sexualität um. Neulich habe ihr ganzer Freundeskreis einen HIV-Test gemacht – andere Geschlechtskrankheiten seien aber nie Thema. Als Andrea ihren ersten Freund hatte, wollten ihre Eltern sie aufklären, da wusste sie aber schon alles. So sei das, wenn man ältere Geschwister habe, von denen man alles Mögliche höre. Außerdem gebe es ja noch die „Bravo“. In der Schule wurden in verschiedenen Jahrgangsstufen immer wieder Sexualität und HIV im Unterricht behandelt. Sie findet, dass Jugendliche so früh wie möglich aufgeklärt werden sollten, schließlich gebe es ja schon Kinder, die Kinder bekommen. Außerdem könne man Jugendliche früher stärker beeinflussen als junge Erwachsene ab 20. Die hätten alle schon ihre Meinung. Vor der Veranstaltung dachte sie, sie wisse schon alles und müsse sich jetzt wieder so einen langweiligen Vortrag anhören. Es habe sich aber herausgestellt, dass sie immer etwas Neues dazu lerne. Die Bilder über die Geschlechtskrankheiten und die Symptome seien richtig informativ und über die Nebenwirkungen der HIV-Therapie habe sie vorher auch nichts gewusst. Andrea denkt, dass vor allem die Bilder einen bleibenden Eindruck

hinterlassen. Sie selbst fühlt sich jetzt ‚geweckt‘ und wird künftig auch darauf achten, ob ihr Partner Merkmale hat, die auf eine Geschlechtskrankheit hinweisen. Dann würde sie ihn zum Arzt schicken. Sie denkt auch, dass viele jetzt eher zum Arzt gehen als vorher, weil man aufmerksamer sei, wenn man so etwas einmal gesehen habe.

5.3.1.11 Melanie

Sie ist 18, ist in der Klasse der Immobilienkaufleute und kann ihren Beziehungsstatus momentan nicht genau definieren. Sie macht einen überlegten und vernünftigen Eindruck. Sie war auf einer Mädchenschule und wurde in der 5. und 7. Klasse sehr konventionell aufgeklärt. Ihre Mutter ist Lehrerin und habe sie und ihren Bruder im Alter von zwölf Jahren mit dem Thema Sexualität konfrontiert. Beim Frauenarzt war sie das erste Mal mit ihrer Mutter. Über Sexualität rede sie nur mit ihren Freundinnen, mit den Jungs in ihrem Freundeskreis falle ihr das nicht so leicht. Die Inhalte der Veranstaltung findet sie gut vermittelt, und die Zeit sei schnell vergangen. Sie glaubt gut aufgepasst zu haben und erwähnt, ihr sei neu gewesen, dass man auch mit einem Kondom, das kurz falsch rum draufgesetzt war, schwanger werden könnte. Solche Aufklärungsveranstaltungen würde sie frühestens ab 15 Jahren anbieten, weil es nichts bringe, wenn man keine Erfahrung habe. Man fange erst in diesem Alter an, sich für mehr zu interessieren als Händchenhalten. Sie fand es auch wichtig, dass man ermuntert wurde, seine Meinung zu sagen. Viele würden nicht sagen, womit sie beim Sex nicht einverstanden sind, weil sie denken, dass der Junge dann Schluss macht. Sie selbst könne gar nicht nachvollziehen, dass manche erst über Verhütung reden, wenn sie bereits dabei seien, Sex zu haben. Sie selbst bespricht alles schon vorher.

5.3.1.12 Vanessa

Vanessa ist 23 und macht eine Ausbildung zur Immobilienkauffrau. Sie steht gerade am Anfang einer Beziehung. Sie sagt, dass sie schon alles wisse, was sie heute gehört habe, wenn auch nicht so detailliert. Als Kind habe sie ein Aufklärungsbuch von ihrer Mutter bekommen und als Teenager die „Bravo“ gelesen. Die Schulaufklärung fand sie unangemessen, der Lehrer sei richtig sauer geworden, weil alle so albern gewesen seien. Die Veranstaltung von Stefan Zippel sei sehr informativ und die Bilder supereklig gewesen, genau deshalb aber abschreckend. Sie würde allen jungen Leuten empfehlen, diesen Vortrag zu besuchen. Allerdings sollte das nicht zu früh sein, weil man es sonst nicht richtig verstehe. Überflüssig fand sie, dass besprochen wurde, wie man einem Typen

sagen könne, dass man nur mit Kondom Sex haben wolle. Sie denkt aber, das liege vielleicht daran, dass sie schon älter sei. Mit ihrer Mutter redet sie ganz offen über Verhütung und würde auch jedem Mann sagen, was sie will. Auch ihre Mutter sagt, man könne sich in der heutigen Zeit nicht mehr leisten, leichtsinnig zu sein, wenn man den Typen nicht richtig kenne.

5.3.1.13 Julia

Julia ist 20 und lebt in einer Beziehung. Hauptsächlich seien bei ihr die Bilder der Geschlechtskrankheiten hängen geblieben und an die Geschichte des Jungen, der schwul war und sich umgebracht hat, kann sie sich auch noch erinnern. Sie findet die Veranstaltung aber viel zu lang. Außerdem glaubt sie, dass es Leute in ihrer Klasse gibt, bei denen die Veranstaltung nichts gebracht hat. Über eine Hepatitis-Impfung hat sie nach der Veranstaltung nachgedacht, aber doch keine vornehmen lassen.

5.3.1.14 Sarah

Sarah ist 22 und hat einen Freund. Sie macht einen sehr selbstbewussten Eindruck und plädiert für eigenverantwortliches Verhalten. Mit ihrem Freund ist sie gemeinsam zum HIV-Test gegangen und erst anschließend haben sie auf das Kondom verzichtet. Sie sagt, dass ihr die Veranstaltung nicht so viel gebracht habe, da sie sich schon sehr gut auskenne und gut informiert sei. Dies sei allerdings nicht die Regel. Sie hätte sich gewünscht, dass der Vortrag noch mehr ins Detail geht. Viele Schüler seien für diese Thematik erst empfänglich, wenn sie selbst betroffen seien. Gegen Hepatitis ist sie geimpft.

5.3.1.15 Esther

Sie ist 21 und Single. Sie sagt kaum etwas und denkt, dass die Veranstaltung 50% der Zuhörer etwas gebracht habe. Das sei ähnlich wie bei Rauchern, denen man sagt, dass Rauchen schädlich sei, die würden trotzdem weiterrauchen. Auch sie nennt die Bilder als stärkste Erinnerung.

5.3.1.16 Anna

Sie ist 21 und hat keine Beziehung. Anna hat im Anschluss an die Veranstaltung mit ihrer besten Freundin gesprochen und ihr erzählt, was sie alles gehört hat. Ihre beste Freundin

pflegt einen lockeren Umgang mit Sexualität. Ansonsten seien die Leute nicht sehr empfänglich für solche Tipps und Erzählungen. Sie selbst empfindet diese Präventionsveranstaltung als die beste, die sie je besucht hat. Sie hat sich nach der Veranstaltung gegen Hepatitis impfen lassen.

5.3.1.17 Ralf

Ralf ist 16 und Single. Wenn er an den Vortrag zurück denkt, fallen ihm zuerst die Bilder ein. Er sagt, Stefan Zippel habe die Inhalte dynamisch, anschaulich und menschlich vermittelt – im Gegensatz zum Schulunterricht, wo es nur um Zellen gegangen sei. Im Anschluss an den Vortrag hat er zu Hause in sein Impfbuch geschaut: Er war schon gegen Hepatitis geimpft. In der Schule haben er und seine Klassenkameraden noch etwa zwei Wochen über die Bilder geredet. Er denkt aber, dass sich erst richtig was ändert, wenn man selbst von HIV oder einer Geschlechtskrankheit betroffen ist. Wenn er heute einen Fernsehbeitrag über HIV sieht, verbindet er das gleich wieder mit der Veranstaltung und erkennt, dass die Themen oft viel oberflächlicher transportiert werden, als er sie vermittelt bekam. Daran, dass der HIV-Antikörpertest erst nach 3 Monaten aussagekräftig ist, erinnert er sich nicht mehr.

5.3.1.18 Sebastian

Sebastian ist 17 und hat eine Freundin. Der Vortrag hat ihm Krankheiten gezeigt, von denen er gar nicht wusste, dass es sie gibt. Er fand alle angesprochenen Themen interessant und erwähnt im Speziellen die HIV-Therapie. Er wusste nicht, wie sie funktioniert und wie viele Medikamente man nehmen müsse. Die Bilder fand er nicht so schlimm, eher die Tatsache, dass es soweit kommen könne. Sein Sexualverhalten habe sich aber nicht verändert, obwohl er jetzt das Bewusstsein über die Risiken und Krankheiten habe. Nach der Veranstaltung hat er sich gegen Hepatitis impfen lassen.

5.3.1.19 Lydia

Lydia ist 16 und hat keinen Freund. Auch wenn sie teilweise gelangweilt gewesen sei, habe sie sich doch einiges gemerkt. Sie fand die Bilder gut und den Teil über AIDS am wichtigsten, weil alle anderen Krankheiten heilbar seien. Ihrer Meinung nach sollte jeder diesen Vortrag besuchen. Sie sagt, sie hätte ihr Denken in Bezug auf Geschlechtskrankheiten geändert, vor allem, weil sie gesehen habe, wie häufig man sie

bekommen könne. Obwohl sie vorher auch nicht leichtfertig mit jemandem ins Bett gegangen sei, denkt sie, dass sie jetzt vorsichtiger wäre. Ihrer Schwester hat sie vom Vernetzungsbild erzählt. Während des Vortrags hat sie sich gefragt, ob sie gegen Hepatitis geimpft ist, das hatte sie danach aber wieder vergessen.

5.3.1.20 Paula

Paula ist 18 und in einer Beziehung. Sie war sich vorher gar nicht im Klaren, was man alles bekommen könne und sagt, dass sie nach dem Vortrag schon vorsichtiger wäre. Für sie war die ganze Veranstaltung wichtig, weil alle Themen irgendwie zusammenhingen. Es seien Dinge besprochen worden, die man sonst in der Form nie besprechen würde. In der Schule sei es nur um die Ausbreitung des Virus im Körper gegangen. Die Behandlung einer HIV-Infektion fand sie sehr interessant. Sie geht davon aus, dass sie gegen Hepatitis geimpft ist, weil ihre Eltern Ärzte sind.

5.3.1.21 Martin, Uli, Max

Martin und Uli sind 16 und Max ist 17. Eine Freundin hat keiner der drei. Im Gespräch erwähnte einer, dass er noch keine sexuelle Erfahrung habe. Trotzdem spiele Verhütung eine Rolle, auch Geschlechtskrankheiten, und es zeigt sich eine höhere Bereitschaft zum Arzt zu gehen, falls unklare Symptome auftreten. Die Bilder sind – wie auch bei den anderen Interviewten – das erste, das erwähnt wird, auf die Frage nach Erinnerungen an die Veranstaltung.

5.3.2 Bewertung der Veranstaltung

5.3.2.1 Die Veranstaltung – ein erster Eindruck

Die befragten SchülerInnen geben sehr positive Äußerungen zur Vorlesung ab, wenn sie nach ihrem ersten Eindruck gefragt werden. Die eingerückten Passagen sind Zitate aus den geführten Interviews.

Andrea: Ich hab schon gedacht ‚oh es stehen drei Stunden im Zeitplan drin‘, aber es ging jetzt aber wirklich schnell rum. Weil wir haben manchmal hier auch Vorträge wo man sich denkt fünf Minuten rum. Melanie: Ne so war es dieses Mal nicht. Andrea: Ne war es nicht. Es ist wirklich so, dass man sagen kann ‚man hat auch wirklich aufgepasst‘. (III, 113-117)

Zudem haben die SchülerInnen das Gefühl, neues Wissen vermittelt bekommen zu haben, das ihnen neue Handlungsmöglichkeiten aufzeigt. Eine Schülerin äußerte sich wie folgt.

Andrea: Ja, also was ich jetzt wirklich nicht wusste, ist, dass mit dem umgedrehten Kondom- also dass man da schwanger werden kann und so. So ganz ausführlich haben wir das nicht gemacht. (III, 7-9)

Mit einem anderen Fokus beschreiben dies die Befragten eines anderen Interviews.

Matthias: Ja auf jeden Fall wissen wir jetzt, wie so Geschlechtskrankheiten aussehen. Monika: Mmh. Und dass auch Sachen, die auch nicht wehtun, sehr ansteckend sein können. Weil man ja oft denkt, das tut nicht weh, das macht nichts. Ramona: Und dass man sich jetzt selbst immer ganz genau anschaut. Nora: Und auch Vorsorgeuntersuchungen macht. Grade jetzt so Chlamydien. Weil das sind ja so Zeichen, die man jetzt nicht so ernst nimmt. Ramona: Ich hab auch davor nicht gewusst, also ganz ehrlich, wie so einzelne Krankheiten aussehen. Ich hatte da gar keine Ahnung. Ich weiß zwar so im Einzelnen was es so gab und was es ungefähr war, aber wie das aussieht und was es für Auswirkungen haben kann, das wusste ich nicht. (II, 116-123)

Es zeigte sich schon zu Beginn der Interviews, dass das verwendete Bildmaterial über Geschlechtskrankheiten als zentraler Punkt des Vortrags empfunden wurde. Die Interviewten nennen es immer wieder. Sowohl direkt nach dem Vortrag als auch drei Monate später. Das Kapitel ‚5.3.2.3 Aufbereitung der Thematik und verwendete Materialien‘ verdeutlicht dies zu einem späteren Zeitpunkt. Auf die Frage, wie sie den Vortrag finden, antworten die Befragten folgendes:

Saskia: Interessant, aber ich war schon mal da. Bernd: Ich war noch nicht da und fand sie sehr interessant und sehr aufklärend. Wo man viele Sachen noch nicht wusste. Fabian: Ja da macht man sich halt mehr Gedanken drüber, es hat geholfen. Bernd: Ja war sehr aufschlussreich. (...) Saskia: Dass man halt so abschreckende Bilder gesehen hat, da denkt man dann schon drüber nach. Pitt: Ja und die Zahlen, die Statistiken – also wie viele Menschen das sind. Das wissen ja auch die wenigsten Leute. (...) Fabian: ...auf jeden Fall gut, da denkt man dann drüber nach, wenn man so was gesehen hat. (I, 7-13)

Neben den positiven Rückmeldungen gibt es hin und wieder bei einzelnen SchülerInnen auch Unklarheiten, Missverständnisse und Vertiefungswünsche zu den Themen und Beispielen innerhalb der Vorlesung. So geben die ältesten Befragten (Interview III) an, dass sie gewisse Beispiele nicht verstanden hätten. Das könnte damit zusammen hängen, dass sie sehr stark von einer Metaebene bewerten und ihre Sexualität schon entwickelt haben. Das nachstehende Zitat veranschaulicht dies:⁶⁵

Melanie: Ja, das war das, was wir gesagt haben, also ‚wieso sagt er jetzt das mit dem Lecken und Saugen‘ das war irgendwie-. Na ja vielleicht war das zur Auflockerung. Vanessa: Ja das haben wir nicht ganz verstanden, wieso er jetzt darüber spricht. A: Also das Thema war ja HIV und AIDS und dann kam er halt mit dem Thema-. Andrea: Ja dass er da dann so genau drauf eingegangen ist. Melanie: Ja mit dem Lecken und so. Vanessa: Und mit den lateinischen Wörtern. Also warum man da jetzt so genau drauf eingeht, das haben wir nicht ganz verstanden. Melanie: Und wie, also wie man es dem Partner beibringt, also dem zu sagen was er machen soll, oder was? (...) Oder wie du ihm beibringst, dass du nur mit Kondom Sex haben willst. Das fand ich auch irgendwie überflüssig. Vanessa: Ne, das fand ich aber gut. Ja, weil ich glaube es gibt viele, die sich das gar nicht trauen, die nicht genügend Selbstbewusstsein haben, um jetzt zu sagen-. Andrea: Ne ich glaube das hängt vor allem mit dem Alter zusammen, wenn du in einer Beziehung bist – erste große Liebe – so, dass du dann viel eher Panik hast, dass, wenn ich das jetzt nicht mache, dann macht er vielleicht Schluss oder so. Vanessa: Richtig, und deshalb fand ich das schon ganz gut, dass er darüber geredet hat, also grad halt für die Jüngeren, dass sie wissen, wie sie das dann vielleicht anbringen können. (III, 133-147)

Es zeigt sich, dass das Alter und das damit verbundene Selbstbewusstsein großen Einfluss auf das Sexualverhalten hat. Unerfahrene SchülerInnen werden als unsicherer dargestellt und insgesamt wird diese Unerfahrenheit den jüngeren SchülerInnen zugeschrieben. Diese profitieren besonders von der Vorlesung, da die im Rahmen der Vorlesung genannten Beispiele und Begrifflichkeiten zeigen, dass man mit seiner Sexualität und den schambesetzten Themen auch ganz offen umgehen kann. Die emanzipierteren weiblichen Befragten scheinen dies zunächst kaum zu verstehen.

In der Feedback-Bogen-Auswertung zeigt sich, dass häufiger die Länge und Dauer des Vortrags kritisiert und der Wunsch nach einer Pause genannt wurde.⁶⁶ Dies wurde von den SchülerInnen der zeitverzögerten Befragung in einem Interview ebenfalls erwähnt.⁶⁷

⁶⁵ Im Vortrag sollen die Themen wie zum Beispiel ‚Wie sag ich was ich will‘ Verständnis wecken und aufzeigen, dass es kein Problem darstellen muss, wenn man über Sexualität spricht.

⁶⁶ Siehe Auswertung zur Zufriedenheit der SchülerInnen Kapitel 5.1.

⁶⁷ Das könnte daran liegen, dass die SchülerInnen, die sich im Vorfeld freiwillig für die Befragung direkt im Anschluss an den Vortrag gemeldet haben, aufmerksamer zuhörten, oder konzentrierter waren, als die anderen. Die Befragten der zeitverzögerten Interviews wurden erst etwa vier Wochen vor ihrem Interview als Freiwillige akquiriert und wussten zum Zeitpunkt des Vortrags noch nicht, dass sie dazu im Nachhinein befragt werden würden. Hier wurde einmal erwähnt, dass der Vortrag zu lange dauere.

Das ist halt dann mal was anderes. Sonst ist es mehr oder weniger mit vorgehaltener Hand und da war es halt so ,tschgg-bäng – jetzt schaut euch mal die Bilder an' und deswegen fand ich es wirklich sehr sehr gut. (Wie seht ihr das?) Esther: Es war zu lang. Sarah: Ja, zu lang war es auf jeden Fall. Esther: Aber ich fand's gut, dass er das so locker gemacht hat. (V, 32-36)

Lydia: Ja, auch wenn man teilweise ein bisschen gelangweilt da drin sitzt, man merkt sich ja trotzdem einiges. (VI, 38-39)

Zudem gibt es vereinzelt weitere kritische Bewertungen oder Verbesserungsvorschläge.

Sarah: Also, bezogen auf die Veranstaltung. Ich hätte es ganz cool gefunden, wenn da speziellere Beispiele gewesen wären. Weil, ich glaub, es weiß jeder, dass es über Blut übertragen wird – also wenn da jemand eine Wunde hat und man kommt an die Wunde hin. Also aus den Situationen ergeben sich ganz andere Fragen. Also, keine Ahnung, wie ,ist der Lusttropfen schon infektiös?' oder was weiß ich. Also, ich denke, im Detail ist das nicht so geklärt. (V, 73-77)⁶⁸

Saskia: Also, überflüssig fand ich nichts, aber ich fand den ganzen Anfang, also dass HIV erst nach drei Monaten festgestellt werden kann, da denk ich, dass es nahezu jeder eigentlich weiß. Natürlich ist es nützlich, dass man es noch mal sagt, aber ich fand es zu lange ausgeführt. (Den HIV-Test?) Saskia: Nein also den ganzen Anfang, das hat sich sehr lange hingezogen, die ganze Vorgeschichte zum Test und so. (I, 15-19)

Man sieht deutlich, dass zum einen weitere Fragen aufgeworfen werden, die für die SchülerInnen interessant sind. Es werden Verständnis und Reflektion bezüglich der Thematik angeregt. Zum anderen gibt es auch SchülerInnen, die ein sehr gutes Vorwissen haben und denen manche Ausführungen des vermittelten Stoffs zu lang sind, wie das zweite Zitat zeigt. Es kann selbstverständlich nicht davon ausgegangen werden, dass dieses gute Vorwissen bei allen Besuchern der Vorlesung vorhanden ist.⁶⁹

Folgendes Zitat zeigt eine reflektierte Überlegung bezüglich der Vermittlung einer Präventionsbotschaft.

Monika: Was ich ein bisschen blöd fand: Bei dem HIV, dass da erst gesagt wurde ,ja dafür gibt es eine Medizin und dafür gibt's ne Medizin'. Und wenn man nicht aufpasst, also grad die hinteren Reihen die Jungs mit ihren Machosprüchen und so ,da gibt es ja eine Medizin und wieso soll ich denn da nen Gummi nehmen' so ungefähr. (II, 98-101)

An dieser Stelle kann bereits festgehalten werden, dass die SchülerInnen mit der Vorlesung zufrieden waren. Zudem wird durch die Interviews eine differenziertere Beurteilung der einzelnen Teile der Vorlesung möglich. Auch zeigen sich Bewertungen und Kritikpunkte, die durch eine quantitative Erhebung so nicht zum Ausdruck kämen.

⁶⁸ Dieses Zitat stammt aus dem Interview V, das zeitverzögert durchgeführt wurde.

⁶⁹ Die sehr gut informierte Schülerin Saskia (Interview I) macht eine Ausbildung zur Arzthelferin bei einem Gynäkologen.

5.3.2.2 Rolle des Vortragenden

Sowohl der Feedback-Bogen als auch die Interviews beinhalten Fragen zum Vortragenden der Veranstaltung – Dr. Stefan Zippel. Besonders durch die Interviews wurde deutlich, wie wichtig die Person ist, die die Prävention durchführt (vgl. Kapitel 2.2.2 Sexualaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns).⁷⁰ So ist erkennbar, dass es den Jugendlichen darum geht, die Durchführung der Prävention authentisch und ihrem Alter angemessen zu erfahren und interaktiv in den Prozess einbezogen zu werden.

Fabian: Er hat auf jeden Fall Ahnung gehabt. Also es war nicht zu starr oder so. Es war lustig gemacht. Saskia: Ja, die Schüler waren gut mit einbezogen. Pitt: Ja er hat nicht drei Stunden seinen Schmarrn vorgelesen, sondern hat es echt locker rübergebracht. Bernd: Und er hat auch gute Beispiele gebracht. (...) Bernd: Er hat eigentlich jedes Thema gut gemacht, er hat halt immer die Schüler gefragt und mit einbezogen und so. Da war nichts schlechter als das andere. (I, 23-28)

Esther: Ich fand's gut, dass er das so locker gemacht hat. Er ist auch irgendwie so auf uns zugekommen und hat auch irgendwie so, weiß nicht, also nicht so total wissenschaftlich geredet sondern einfach so, dass wir es auch verstehen. Anna: Unsere Sprache (Lachen). (V, 36-38)⁷¹

Besonderen Wert legen die SchülerInnen darauf, dass eine adäquate Sprache verwendet wird und der Vermittelnde den Eindruck erweckt, sie als Jugendliche mit ihren Bedürfnissen zu verstehen. Folgendes Beispiel verdeutlicht dies.

Nina: Also, ich fand auch er hat es sehr gut erklärt. Monika: Ja, locker. Nina: Von der Art. Als ich das mitgekriegt habe, dass wir so eine Beratung haben, dachte ich eigentlich eher, dass das ziemlich trocken wird und uninteressant. Aber er hat das eigentlich ganz gut gemacht. (Fällt dir da ein Beispiel ein?) Nina: Ja zum Beispiel mit der Lady Gaga – das war zwar nur kurz, aber da merkt man halt auch, dass so ein älterer Mann noch Ahnung von der Jugend hat. Monika: Ja auch von den Begriffen her. (II, 81-86)

Zudem scheint es für die SchülerInnen die Akzeptanz zu erhöhen, wenn die Thematik in einer außerschulischen Institution oder von einer außerschulischen Person vermittelt wird, die weder mit der Schule noch dem privaten Umfeld in Verbindung steht. Ein Schüler drückt das so aus.

⁷⁰ Weiter unten im Kapitel „Sexualaufklärung in der Schule“ zeigt sich anhand von bestimmten Aussagen der Jugendlichen bezüglich ihrer Lehrer, wie wichtig die zugeschriebene Haltung der vermittelten Person bei der Sexualprävention ist.

⁷¹ Dieses Zitat stammt aus dem Interview V, das nach drei Monaten durchgeführt wurde.

Bernd: Also ich glaube mal, dass prozentual der kleinste Teil sich im Internet so was durchliest, von da her finde ich so Vorträge schon sinnvoll. Dass man halt schon mit der Schulklasse, also wenn man das in der siebten Klasse durchnimmt, dass man dann mal reinfährt und sich das anhört. Weil man das hier schon anders vermittelt bekommt als in der Schule. In der Schule denkt man sich, das ist nur Stoff und der Lehrer muss es irgendwie durchkriegen und im Internet, also am Nachmittag, hab' ich wahrscheinlich für mich selber auch was anderes zu tun, als mich eine Stunde hinzusetzen und mir das durchzulesen. Von dem her finde ich das, wenn das von so einer Stelle kommt, sinnvoller. Also, wenn man es von jemand anders vermittelt kriegt.“ (I, 100-108)

Das Setting ‚Hörsaal einer Uniklinik‘ macht Eindruck auf die SchülerInnen und wird in klarer Abgrenzung zur schulischen Aufklärung durch die Lehrkraft erlebt. Dies spricht trotz der hohen Anzahl teilnehmender SchülerInnen, die die Vorlesung zu einer Art Frontalunterricht macht, sehr für das bestehende Setting.

5.3.2.3 Aufbereitung der Thematik und verwendete Materialien

Das in der Vorlesung verwendete Bildmaterial wurde bereits durch die Feedback-Bogen-Erhebung beleuchtet, und es war erkennbar, dass es sich um ‚gewagtes‘ Material zur Verdeutlichung des Themas handelt, welches von einigen SchülerInnen als zu drastisch angesehen wird. In den Interviews werden die ‚Bilder‘ – wie sie genannt werden –, immer mit Nachdruck erwähnt. Folgendes Zitat macht deutlich, wie eine Schülerin die Verwendung der Bilder bewertet.

Vanessa: Ja die Bilder, die hatten auch sehr, sehr viel Effekt. Melanie: Ja. Vanessa: Und haben viel gebracht. (...) Melanie: Ja es ist ja meistens so, dass Sachen, die einen berühren, dass die dann auch bleiben. Auch für länger und das war, glaub' ich, die richtige Methode. (III, 120-123)

Zudem wird immer wieder die hohe Anschaulichkeit eines sonst als trocken erscheinenden Themas dargestellt. Die Thematik der Geschlechtskrankheiten wird greifbar und ist nicht länger abstrakt. Diese zwei Zitate geben einen Eindruck über die Meinungen der SchülerInnen.

Nina: Ich fand es gut, dass die Bilder dabei waren, auch wenn sie bisschen ekelhaft waren. Das ist halt abschreckend. Monika: Ja. Nina: Also es war halt gut, dass die gezeigt wurden, weil, wenn er uns jetzt was erklärt hätte von Tripper oder so was, dann hätte ich überhaupt nicht gewusst, wie das aussieht oder woran ich das erkenne, dass ich das haben könnte oder so was. Ja, also find' ich schon gut, dass da Bilder dabei waren. Matthias: Ja, das mit den Bildern war schon ziemlich aufschlussreich. Das war auch ziemlich das Spannendste, sagen wir mal so. Auch wenn die Bilder ein bisschen eklig waren. (...) Monika: Ja, weil man immer erst den Anfang gesehen hat, wie harmlos das aussieht und wenn man dann gesehen hat, wie es später aussehen kann, wenn man nix macht, also die Entwicklung, das war gut. (II, 88-97)

Fabian: Ja, genau, Syphilis vergesse ich nie. Bernd: Ja man weiß ja jetzt, wie es aussieht, durch die Bilder eben. Pitt: Ja, ich würde sagen, insgesamt die Krankheiten mit den Bildern, weil man das ganz anderes veranschaulicht hat und es mal gesehen hat und mit anderen Augen sieht und vom Kopf her ganz anders denkt jetzt. Saskia: Ich fand, also, ich ‚würd‘ in nächster Zeit – also angenommen, ich hätte jetzt Sex mit ihm (Bernd), dann würd‘ ich mir Gedanken darüber machen, mit wem er davor Sex hatte. (I, 29-35)

Neben dem verwendeten Bildmaterial wird auch statistisches Material erwähnt, das zur Veranschaulichung der Häufigkeiten herangezogen wird.⁷²

Saskia: Dass man halt so abschreckende Bilder gesehen hat, da denkt man dann schon drüber nach. Pitt: Ja und die Zahlen, die Statistiken – also, wie viele Menschen das sind. Das wissen ja auch die wenigsten Leute. (I, 9-12)

Schockierend wirken auf einige nicht nur die Bilder, sondern die in der Vorlesung erzählte kurze Geschichte über Michael Schmidpeter⁷³, der im Jahre 2006 Selbstmord beging, weil er merkte, dass er homosexuell war. Die Geschichte dient einerseits dazu, homosexuellen Jugendlichen eine spezielle Beratungsstelle zu nennen, an die sie sich wenden können, falls sie mit ihrer sexuellen Identität Probleme haben oder unsicher sind. Andererseits dient die kurze Geschichte dazu, die Thematik ‚Homosexualität‘ im Rahmen der Vorlesung anzusprechen. Denn heutzutage gilt Homosexualität zwar als gesellschaftsfähig, dennoch ist es in der Schulzeit oft sehr schwierig für homosexuelle Jugendliche, zu ihrer Sexualität zu stehen⁷⁴ (vgl. Sielert & Timmermanns 2011).

Monika: Ja, das ist ja auch wie mit diesem Kerl, der sich umgebracht hat, weil er schwul ist, weil er mit keinem drüber reden konnte. Kann ja bei uns in der Klasse genauso passieren, wenn da einer so ist. Also ich find das schon auch gut, weil auch die Mitschüler drauf aufmerksam gemacht werden, dass es solche Sachen auch gibt, wenn man selbst nicht in der Situation ist. Nora: Ja, der Fall war sogar – also, das fand ich sehr erschreckend mit dem Jungen. Ramona: Ja. (II, 132-137)

⁷² Ebenso wie das ‚Vernetzungsbild‘, das zur Veranschaulichung von Sexualkontakten herangezogen wird (vgl. Kapitel 5.3.3 Nachhaltigkeit – Erinnerungen an den Vortrag).

⁷³ „Michael Schmidpeter steht für all jene Jugendlichen, für die ein Coming Out ein tragisches Ende nimmt. Er war 17 Jahre alt, als er sich am 7. Juni 2006 das Leben nahm. Er war ein intelligenter, lebensbejahender Junge, mit dem ehrgeizigen Ziel, Fußballschiedsrichter zu werden – bis er sich in einen gleichaltrigen Schulkameraden verliebte. Michael war einer von vielen, die im Coming-Out-Prozess keinen Ausweg mehr fanden. Damit sein Tod nicht so sinnlos erscheint, machten die Eltern die Geschichte ihres Sohnes öffentlich, um vielleicht das Leben anderer junger Menschen zu retten. Lambda Bayern e.V. unterstützt sie dabei und schreibt den Michael-Schmidpeter-Preis aus, um gerade an Schulen, aber auch in der Familie und der Gesellschaft dieses wichtige Thema ins Gedächtnis zu rufen und Toleranz und Akzeptanz für eine alternative Lebensweise zu schaffen.“ (Michael-Schmidpeter-Preis 2012).

⁷⁴ Dies gilt natürlich ebenso für trans- und intersexuelle Jugendliche.

5.3.2.4 Interpretation zur Wirkung der Veranstaltung

Eine Aussage darüber zu treffen, ob es einen längerfristigen Effekt beziehungsweise eine nachhaltige Wirkung der Vorlesung auf die SchülerInnen gibt, ist zum Zeitpunkt direkt nach der Veranstaltung, wenn die Eindrücke noch sehr präsent sind, nicht möglich. Trotzdem machen die SchülerInnen verschiedene Aussagen, die zumindest für diesen Zeitpunkt eine Interpretation darüber zulassen, welche Themen sie angesprochen haben oder beschäftigen. Das, was sie über andere sagen, entspricht dem, was indirekt für sie selbst zutrifft (vgl. Diekmann 2002: 406).

Melanie: Ja das verstärkt den Drang bei gewissen Menschen doch zum Arzt zu gehen, wenn man nicht sicher ist, ob da was ist, also wenn man das gesehen hat. Man hat ja vorher noch nie gesehen, wie so was überhaupt aussehen kann. Grad diese – wie heißen die – Feigwarzen. Die können ja winzig sein. (III, 110-113)

Nora: Ja, grad durch den Vortrag weiß man ja dann, dass man sich schon ein Bisschen anschauen soll. Monika: Auf jeden Fall. Also, ich finde das eine gute Vorsorge, auf jeden Fall. Nina: Also vor allem, mir war das alles nicht so bewusst, also, dass das alles eigentlich schmerzlos ist. Nora: Ja. Ramona: Ja, mir auch nicht. Also es ist nicht so, dass man sofort merkt, dass man was hat. Davon geht man ja normal so aus. Monika: Vor allem bei Geschlechtskrankheiten geht man davon aus, dass man das sofort checkt. Nina: Ja, das muss dann schon wehtun, damit es was Schlimmes ist. (II, 217-223)

Melanie: Man passt mehr auf. Man achtet mehr, also aus meiner Sicht, bei Männern selber drauf, ob da irgendwelche Krankheiten vorhanden sein könnten. Weil man davor Angst hat, dass man die dann selber bekommt und ist dann, glaub‘ ich, eher gewillt, denjenigen darauf aufmerksam zu machen ‚du geh doch mal zum Arzt, da sind irgendwelche auffälligen Merkmale‘ und ich glaube, das hätte ich vorher nicht gemacht. (...) Melanie: Da haben wir uns auch vorhin drüber unterhalten. Wir haben bisher nie darauf geachtet, ob da jetzt irgendwelche auffälligen Punkte sind irgendwo, weil da schaut man halt nicht so drauf. Aber jetzt ist man geweckt, dass man wirklich darauf achtet. (III, 125-132)

Es ist sehr auffallend, dass die SchülerInnen hauptsächlich über Ansteckung und Krankheiten sprechen und dies genau die Themen sind, die in der Vorlesung mit dem so oft zitierten Bildmaterial verdeutlicht werden und von denen sie aus anderer Quelle noch nie etwas gehört haben (vgl. Kapitel 2.2.2 Sexualaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns). An dieser Stelle kann die Vorlesung aufgrund ihrer Kenntnisvermittlung und Anschaulichkeit von der sonst sehr zurückhaltend behandelten oder gar ganz ausgesparten Thematik als notwendige Basis für einen gesundheitsbewussten Umgang mit der eigenen Sexualität gedeutet werden. Das gilt unabhängig davon, ob dieser Effekt zu einem späteren nicht überprüfbaren Zeitpunkt oder in den retrospektiv geführten Interviews noch einmal so genannt wird. Fakt ist, die SchülerInnen wurden auf gesundheitliche Risiken aufmerksam gemacht – in einer Art, wie sie es zuvor nie erlebt hatten. Hier bleibt natürlich zu reflektieren, ob eine Aufklärungsstrategie, die auf Krankheiten und Symptome abzielt, eine sinnvolle und

längerfristige Präventionsmaßnahme sein kann. Sexuell übertragbare Infektionen wird es sehr wahrscheinlich immer geben, entscheidend ist aber eine frühzeitige Behandlung. Voraussetzung dafür ist eine frühzeitige Erkennung. Diese ist ohne ausreichende Information über mögliche Risiken und Symptome nicht möglich. Ohne Zweifel handelt es sich bei der Vorlesung also um eine präventive Maßnahme, die auch als Grundlage für die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens beiträgt und damit auch gesundheitsfördernd wirkt.

Ganz unabhängig davon stehen jeder noch so effektiven Präventionsmaßnahme gewisse Parameter entgegen, die das Sexual- und das Verhütungsverhalten stark beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2.4 Risiko- und Verhütungsverhalten Jugendlicher).

In einem Interview (I) wird eine Verhaltensprognose der SchülerInnen genannt, die dann anschließend wieder ‚aufgeweicht‘ wird.

Bernd: Ja, mit einem One-Night-Stand würde ich es jetzt nicht ohne Kondom machen, aber in der Partnerschaft auf jeden Fall. Fabian: Ja, oder wenn man Vertrauen hat. Und einfach auch den anderen kennt, dass man sich einfach nicht vorstellen kann, dass der schon damit infiziert ist. Dass man da halt ganz anders darüber denkt und das Kondom da schätzungsweise weglässt. (I, 174-178)

Dieses Zitat zeigt sehr schön, welche Rolle der Faktor Vertrauen und Bekanntheitsgrad des Sexualpartners auf das Verhütungsverhalten haben kann. Es wird davon ausgegangen, dass die/der jeweilige PartnerIn keine Infektion hätte, wenn sie/er näher bekannt wäre oder man Vertrauen zu ihr/ihm hätte. Diese Idealisierung führt zu einer Änderung des Präventionsverhalten, das Dannecker (1994) als ‚Risikofaktor Liebe‘ bezeichnet. Plötzlich verliert eine als sehr effektiv erachtete Präventionsmethode an Bedeutung (vgl. Die Welt 2003; Sander 2007).

Es gibt auch Situationen, die hier nicht explizit genannt werden. Wenn der männliche Sexualpartner zum Beispiel kein Kondom verwendet kommt es häufiger vor, dass die Partnerin aus Schüchternheit oder weil sie nicht als ‚Spielverderber‘ dastehen möchte, nicht darauf besteht. Die „Zeit“ (2012) veröffentlichte hierzu den Artikel: „Die Angst, ‚Nein‘ zu sagen“, der thematisiert, wie häufig dieses Phänomen noch bei erwachsenen Frauen vorkommt.

Das folgende Zitat veranschaulicht zudem, dass eine momentan höhere Risikoeinschätzung sich nicht unbedingt auf das tatsächliche Verhalten in einer Risikosituation auswirkt, vor allem, wenn es sich um sexuelles Risikoverhalten handelt (vgl. 3.2 Modelle zur Erfassung einer Änderung des Gesundheitsverhaltens). Sexualität ist irrational und sexuelles Verhalten ist schwer zu planen. Folgendes Zitat veranschaulicht dies.

Saskia: Also, ich denke, dass jetzt jeder das Risiko höher einschätzt. Aber [...] aber dass wir es einfach nicht glauben wollen. Dass wir trotzdem raus gehen und weiter ohne Kondom Sex haben. Weil wir uns einfach, glaub' ich, mit dem Gedanken nicht weiter befassen. Bernd: Man verdrängt das wieder ein bisschen. Saskia: Ja, genau. Fabian: Ja, das hat man jetzt so schon im Kopf, aber wenn es dann dazu kommt, hat man tausend andere Sachen im Kopf. (I, 166-170)

Zu den oben genannten Themen, die die Wirkung und die Beobachtungen zu generellem Sexualverhalten darstellen, folgt jetzt der Teil der Auswertung, der einen Eindruck darüber geben soll, inwieweit ein Besuch der Vorlesung zu einem nachhaltigen Risikobewusstsein der SchülerInnen führt. Zudem soll anhand der Zitate der zeitverzögerten Interviews die Fragebogen-Befragung ergänzt werden.

5.3.3 Nachhaltigkeit – Erinnerungen an den Vortrag

In diesem Teil werden nur die Interviews berücksichtigt, die zeitverzögert nach etwa drei Monaten durchgeführt wurden. Auf die Frage, woran sich die SchülerInnen erinnern, wenn sie an den Vortrag zurückdenken, folgt ein spontaner Erzählfluss, der im folgenden Kapitel dargestellt wird. Die jüngsten Befragten erinnern sich wie folgt.

Uli: (Lachen) An schlimme Bilder. Max: Ja an schlimme Bilder. Martin: Also die Bilder, die haben uns echt abgeschreckt. Uli: Ja, wie das mit AIDS funktioniert, wusste ich ja davor schon. Martin: Ja, die ganzen Krankheiten und wie wir uns halt schützen. Dann haben wir noch den Kondomtest gemacht. Max: Führerschein, Kondomführerschein. Martin: Ja Kondomführerschein, stimmt. Uli: Ja, die verschiedenen Fachbegriffe bei den Jungs und Mädchen. (...) Martin: Also, mit dem Beispiel der Bilder – so kann man sich halt nichts vorstellen, aber mit den Bildern dann. Max: Ja das schreckt einen echt ab. (...) Max: Ja also auch die Krankheiten, dass man halt weiß, wie das aussieht und wie man sich halt schützen kann. Uli: Viele Krankheiten hat man ja gar nicht gekannt, man wusste ja gar nicht, was es da alles gibt. Martin: Ja, wie das aussieht. (VII, 6-19)

Die Schüler geben einen kleinen Überblick der Inhalte der Veranstaltung und heben das verwendete Bildmaterial über die Geschlechtskrankheiten hervor. In einem anderen Interview zeigt sich, dass das Bildmaterial – wie schon in den direkt im Anschluss an die Vorlesung geführten Interviews – das Eindrücklichste ist, was neben weiteren kurzen Sequenzen erinnert wird. Das nachstehende Zitat verdeutlicht dies.

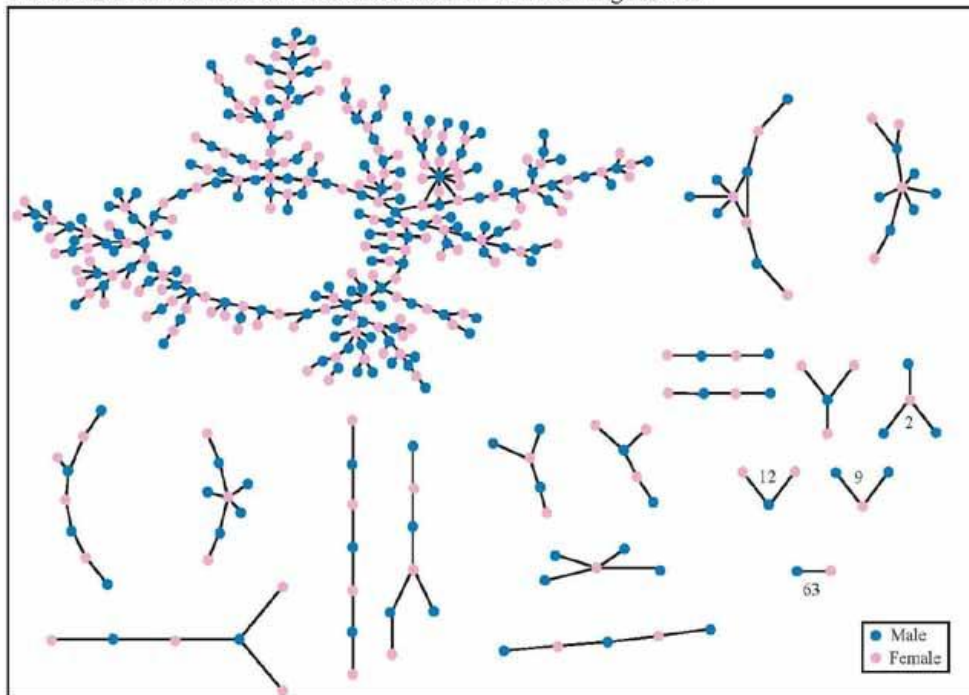
Julia: Ahm (lacht), Geschlechtskrankheiten. Ne, auf jeden Fall an die Bilder. Die bekomme ich, glaube ich, nicht mehr aus dem Kopf. Und ich weiß auch nicht, es ist nicht mehr so viel hängen geblieben. Sarah: Auch an die Bilder und an die Geschichte, also von Anfang an. (...) Esther: Ja, ich auch an die Bilder, und er hat dann noch so ein Bild gezeigt, dass, wenn man mit dem einen Sex hat, dass man dann mit dem nächsten und mit dem da vorigen auch (Das Vernetzungsbild?) Ja. Anna: Ja, bei mir sind natürlich auch am meisten die Bilder hängen geblieben. Und ansonsten die einzelnen Geschlechtskrankheiten vor allem. (...) Julia: Die eine Geschichte von dem Jungen, der schwul war und sich dann umgebracht hat, weil er es irgendwie keinem erzählen konnte. Ja genau. Das war auch ziemlich schockierend dann. Anna: Vielleicht noch das Aufsetzen vom Kondom. Julia: Ja, stimmt. (Also wie man es richtig macht?) Sarah: Ne, es ging eher darum, dass er es am Anfang ja falsch rum draufgesetzt hat und ich dann so die Einzige war in dem ganzen Saal, die gewusst hat, ja eigentlich darf man es ja jetzt nicht mehr nehmen, als er es wieder umgedreht hat. Das hat viele schockiert. Also ich saß neben einer aus meiner Klasse und die hat dann auch gesagt ‚hhha, das hab ich gar nicht gewusst‘. Ja, ich glaube, das war so bei den meisten so dieser Schock, dass sie so gar nicht drüber nachdenken. (V, 5-25)

Neben dem verwendeten Bildmaterial wird auch die Graphik ‚Vernetzungsbild‘⁷⁵ angesprochen, die nachhaltig im Gedächtnis geblieben war.

⁷⁵ Das ‚Vernetzungsbild‘ ist eine Graphik einer amerikanischen Studie, die an der Jefferson High-School in Ohio (USA) bei SchülerInnen zu ihrem Sexualverhalten durchgeführt wurde. Die Graphik zeigt eine Übersicht, die abbildet, wer innerhalb von 18 Monaten mit wem sexuellen Kontakt hatte. Es soll verdeutlicht werden, dass unter Umständen gar nicht mehr nachvollzogen werden kann, wer vorher mit dem potentiellen Sexualpartner sexuellen Kontakt hatte und auch, dass Infektionswege von Geschlechtskrankheiten meist gar nicht mehr nachvollziehbar sind.

Das „Vernetzungsbild“

The Structure of Romantic and Sexual Relations at "Jefferson High School"



Each circle represents a student and lines connecting students represent romantic relations occurring within the 6 months preceding the interview. Numbers under the figure count the number of times that pattern was observed (i.e. we found 63 pairs unconnected to anyone else).

Abbildung 35: Das sogenannte ‚Vernetzungsbild‘. Die Struktur der romantischen und sexuellen Beziehungen an der Jefferson High School (vgl. Bearman et. al. 2004).

Zudem wird auch das Beispiel mit Michael Schmidpeter erinnert, bei dem es um die Thematik des Umgangs mit Homosexualität in der Schule geht. Das Beispiel zum richtigen Aufsetzen des Kondoms, mit dem Versuch, es noch einmal umzudrehen und dadurch ein Risiko zu generieren, wird von den befragten Schülerinnen als nachhaltig dargestellt, weil es völlig neu war. Es wird deutlich, dass sehr oft gar nicht darüber reflektiert wird, welches Verhalten – besser gesagt, Nicht-Verhalten – ein potentiell Risiko darstellen könnte, beziehungsweise, dass überhaupt kein Wissen über Reflektion der potentiellen Risiken vorhanden ist.

Eine weitere Gruppe von Schülerinnen bestätigt die zuvor genannten Beispiele und eine ‚präventionserprobte‘ Schülerin hält den Vortrag für den eindrucklichsten, denn sie bisher gesehen hat.⁷⁶

⁷⁶ Bei den Befragten des Interviews IV handelt es sich um die gleichen Schülerinnen, die auch direkt nach der Veranstaltung befragt wurden (Interview III). „Melanie“ ist eine der älteren Befragten und gibt im vorangegangenen Interview an, sie habe schon einige Vorträge zu diesem Thema besucht. Zudem macht sie einen sehr reflektierten Eindruck.

Melanie: Ich denke an die Bilder, an die erschreckenden, grausamen Bilder (lacht). Andrea: Ne, es sind im Wesentlichen wirklich die Bilder, die hängen geblieben sind. Also, was alles passiert und passieren könnte. Vanessa: Also, bei mir ist es das, aber auch, das muss ich ganz ehrlich sagen – dieses Schaubild über die Verbreitung der Krankheiten, wie man das überhaupt nicht mehr im Überblick hat. Weil wenn man mit jemandem intim wird, der war ja dann auch mit so vielen, und der wieder und der wieder, dass man es überhaupt nicht mehr im Überblick hat. Das hatte ich, also hab ich ganz stark im Gedächtnis. (Das Vernetzungsbild) Ja genau, das Vernetzungsbild. (...) Melanie: Also, bei mir das mit den Geschlechtskrankheiten, also wie das dann aussieht, wenn es dann ausgebrochen ist und wenn man sich dann eben nicht drum kümmert genau. Die Auswirkungen einfach. (...) Ich finde, das war einer der ausdrucksstärksten Vorträge, die ich hatte bisher und ich finde, das ist schon gut in Erinnerung geblieben, das hat er gut gemacht. (IV 6-21)

Zudem bestätigen die Schülerinnen die Ergebnisse der Interviews I-III bezüglich schulischer Prävention und einer Präventionsmaßnahme wie sie Dr. Stefan Zippel durchführt. Die Präventionsmaßnahme weise konkret und direkt auf Folgen und Risiken hin (vgl. Kapitel 1.3 Gesundheitliche Risiken jugendlicher Sexualität) und genau deswegen bleibe sie im Gedächtnis.

Melanie: Die Tatsache, dass da wirklich so krasse Bilder gezeigt wurden, das bleibt einfach hängen. Das ist ein Riesenunterschied zu dem, wenn sich da einer hinstellt, also ein Lehrer und einer siebten Klasse erzählt ‚nehmt bitte Kondome, da könnte was passieren‘ aber wenn jetzt wieder der Kollege da uns das alles aufgezeigt hat. Mit den Folgen und was alles passieren kann und dazu entsprechende Bilder einfach, das bleibt hängen. Ist klar. Andrea: Also, für mich war es schon was Neues. Von der Schule her waren es immer so Verhütungsvorträge, also, wo man gesagt bekommen hat, es gibt das Verhütungsmittel und das und das ist so und wird so angewandt. Aber dann eben praktisch mit Folgen oder so wurde nie groß besprochen. Da hat es immer nur geheißt ‚damit ihr gar nicht erst was bekommt‘ (lacht). (...) Andrea: Ich finde, also normal heißt es immer, das und das und das kann passieren und da war es jetzt mal wirklich so- also so ist es, wenn es passiert. Also, wirklich auf Folgen richtig aufmerksam gemacht und nicht nur so angedacht und so jetzt wenn du Pech hast, dann hast du das. Sondern wirklich drauf angesprochen des und des und des und des und dann läuft das so und so und so ab. Vanessa: Genau, finde ich auch, dass halt kein Blatt vor den Mund genommen wurde und eben auch diese Bilder gezeigt wurden, was jetzt sonst, also bei mir zumindest nie war, bei diesen ganzen Vorträgen. Deswegen hat der das schon ganz schön verinnerlicht bei uns, find ich (...) Andrea: Mir persönlich geht es jetzt wirklich darum, dass ich jetzt mal die Folgen gesehen habe. Weil vorher klar war, über Verhütung wird jeder irgendwann mal aufgeklärt. Irgendwann kommt das immer in der Schule mal ‚hey benutzt ein Kondom, macht das so‘. Aber weiter drauf eingegangen bin ich persönlich vorher noch nicht. Da war halt immer klar, da kann was passieren, also verhütet man, aber so hab‘ ich das noch nicht gesehen. (IV, 27-112)

Die jüngsten befragten Schüler (Interview VII) bestätigen die Aussage, dass es wichtig sei, die Risiken zu kennen, um überhaupt zu wissen, wovon man sich schützen müsse (vgl. Kapitel 2.2.2 Sexuaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns).

Max: Ja, es ist schon wichtig, dass man sich damit auskennt und auch weiß, wie man sich schützt und vor was. Martin: Ja genau, das, vor was man sich überhaupt schützt. Weil die meisten kennen halt nur AIDS und denken sich ‚ja die hat schon kein AIDS, da brauch ich mich nicht zu schützen‘. Aber es gibt halt noch andere Krankheiten, die jetzt auch nicht grad toll sind. (...) Max: Also wir wissen jetzt halt, dass es nicht nur AIDS gibt, dass wir uns nicht nur vor AIDS schützen sollten, sondern auch vor anderen Krankheiten und wie ich vorhin gesagt habe, manche sagen ‚ich muss mich nicht schützen, weil es gibt ja nur AIDS‘ und jetzt weiß man halt, man sollte sich auch vor anderen Krankheiten schützen, nicht nur vor AIDS. Uli: Ja, das ist ja nur eine von vielen Krankheiten. Die anderen sind vielleicht nicht gar so lebensbedrohlich, aber schön sind die auch nicht, wenn man es mal so sieht. (VII, 23-44)

Die realitätsnahe Risikoaufklärung, deren Vermittlung ganz anders abläuft als in der Schule, stößt einstimmig auf positives Feedback. Zudem wird in den Interviews das zur Verdeutlichung dienende Bildmaterial als positiv bewertet. Es wird immer im Zusammenhang mit der Aufklärung verstanden.

5.3.3.1 Nachhaltigkeit – SchülerInnen als Multiplikatoren

Eine weitere Frage in den zeitverzögerten Interviews war, ob und mit wem sich die SchülerInnen nach dem Vortrag noch unterhalten haben und worüber. Darüber kann ein Eindruck gewonnen werden, ob die Veranstaltung nachgewirkt und zum Nachdenken sowie einer Auseinandersetzung im individuellen Umfeld beigetragen hat. Nachstehend einige Aussagen, die in diesem Zusammenhang gemacht wurden.

Melanie: Also, ich persönlich kam mir so ein bisschen als Aufklärer vor. Weil ich halt die Sachen gehört und gesehen hab‘ und mein Partner nicht, weil er so einen Vortrag in dem Superausmaß nicht hatte. Und da hab‘ ich ihm das alles bisserl erklärt und hab‘ somit bei ihm das Bewusstsein dafür auch erweckt. (IV, 124-127)

Sebastian: Ich sag’s mal so, man redet schon mit seinem Partner darüber. Bei mir war es halt so, ich hab‘ meiner Freundin von dem Vortrag erzählt und dann haben wir halt über das was wir gewusst haben, mal einen ganzen Tag geredet. (...) Ja, man denkt mal ab und an drüber nach. (VI, 139-144)

Durch den Austausch, den die Befragten mit ihren PartnerInnen über die Themen der Vorlesung haben, findet innerhalb der Beziehung eine andere Art der Kommunikation statt. Natürlich ist an dieser Stelle nicht nachzuvollziehen, ob nur diejenigen mit ihren PartnerInnen darüber sprechen, die in ihrer Beziehung prinzipiell offen mit dieser Art von Themen umgehen. Trotzdem gibt die Vorlesung Anlass, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, egal, ob dies wiederholt oder das erste Mal geschieht. Zudem zeigt sich, dass die Besucher teilweise als Multiplikatoren für ihre Umwelt wirken. Dies kann durch die Kommunikation in Beziehungen geschehen und beispielsweise im Freundeskreis und Umfeld, wie folgende Zitate zeigen.

Andrea: Mit meiner besten Freundin. Also das sind halt viele Punkte. Ich sag's jetzt mal so. Als Mädchen redet man, glaub' ich, generell sehr sehr offen über alles und man weiß dann in Anführungsstrichen, was die so treibt. Und da sagt man dann halt auch gleich ‚das und das und das.‘ Und dann im ersten Moment klar: ‚iii wieso zeigen die euch solche Bilder und so‘. Aber wenn man dann ein bisschen drauf eingeht, also da hab ich mit ihr eben drüber geredet auch. Und mit meiner Mama, die ist auch Berufsschullehrerin. Weil die haben auch teilweise so Sachen und Vorträge an der Schule. Da wollte sie immer wissen, was habt denn ihr da so. Vanessa: Also ich hab mit meinen Freundinnen drüber geredet und, ja, am gleichen Tag hab' ich es meinem Freund erzählt, was wir da so gesehen haben (lacht). (IV, 97-105)

Uli: Ja die nächste Woche und die nächsten Tage haben wir schon darüber geredet. (...) Ja, so in der Schule untereinander und mit den anderen zehnten Klassen, die waren ja auch bei dem Vortrag. (...) Max: Ja, mit anderen Freunden schon auch, aber zu Hause nicht so. (VII, 64-67)

Ralf: Ja, und so zwei Wochen danach haben wir dann immer noch so ‚Ja kannst dich noch daran erinnern‘ und so. ‚Ja, das war total gruselig‘ und so. Und dann immer weniger und irgendwann gar nicht mehr. (Familie, Freundeskreis?) Ralf: Ne, mit denen eigentlich gar nicht. Paula: Doch, ich hab es ihnen erzählt, ich fand das ganz interessant eigentlich. Lydia: Ja, die schockierenden Sachen. (lachen) (...) Lydia: Ja, ich hab' es schon- so Sachen wie dieses Netzwerk[Vernetzungsbild⁷⁷], mit wem man alles geschlafen hat, so was hab ich schon daheim erzählt. Das hab ich meiner Schwester weiter erzählt. (VI, 119-127)

Anna: Also, ich hab' es mit meiner besten Freundin besprochen, weil die ziemlich locker ist, was das Ganze so angeht und ich glaub, ich hab sie bekehrt (lacht), dass sie da mal besser aufpasst. Aber ansonsten, ich kenne es halt so, dass, wenn das Thema mal rein zufällig angeschnitten wird innerhalb des Freundeskreises, dann ist es immer recht schnell vorbei, weil keiner drüber nachdenken will. Anna: Ich denke, es ist für viele auch ein heikles Thema, weil das für viele auch ein Angriff ist. Also, wenn man jetzt sagt, mit Aids-Test. Dann unterstellt man ihnen sozusagen was, und viele sagen dann ‚ja dann vertraust du mir nicht‘. (V, 63-70)

Man kann also davon ausgehen, dass die Veranstaltung durch ihre Inhalte und Methoden durchaus eine Nachhaltigkeit besitzt. Sie trägt nicht nur dazu bei, dass die SchülerInnen für sich selbst etwas mitnehmen, sondern die Thematik sogar teilweise in ihrem näheren Umfeld aufgreifen und weitererzählen. Dies führt zu einem ‚Ins-Bewusstsein-Rufen‘ dieser Thematik, die im Alltag normalerweise keinen Platz in der Kommunikation findet.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Interviewten aufgrund der Bereitschaft zu einem Interview eine gewisse Sonderstellung einnehmen.⁷⁸ Deshalb wird hier auch auf die Aussagen über die MitschülerInnen eingegangen, um einen Gesamteindruck der SchülerInnen zu vermitteln.

⁷⁷ Vgl. Kapitel 5.3.3 Nachhaltigkeit – Erinnerungen an den Vortrag; Kapitel 8, Abbildungsverzeichnis: Abbildung 27.

⁷⁸ Hier muss selbstverständlich berücksichtigt werden, dass es sich um die SchülerInnen handelt, die sich freiwillig für ein Interview zur Verfügung gestellt haben. Allerdings wusste zum Zeitpunkt des Besuch der Veranstaltung nur eine Gruppe, die zwei Mal befragt wurde, davon, dass sie ein Interview führen würde (Interview III & IV). Alle weiteren Befragten (Interviews V, VI & VII) wurden erst vier Wochen vorher über ihre Lehrer ‚akquiriert‘ und geben daher unbefangen ihr Verhalten wieder. Trotzdem könnte man davon ausgehen, dass sie interessierter sind als andere und sich deswegen für ein Interview zur Verfügung stellten und auch aus diesem Grund mehr über die Veranstaltung gesprochen haben als andere. Deshalb werden im weiteren Verlauf die Meinungen und Beobachtungen über MitschülerInnen geschildert.

Anna: Ja, und es gibt halt solche Menschen und solche Menschen. Und manche schockiert es halt so wie mich und andere, die denken sich – so wie manche aus unserer Klasse, da kann ich mir gut vorstellen, dass sie sich halt denken ‚ja okay, passt schon‘ und dann halt trotzdem nicht aufpassen oder sich, halt einfach keine Gedanken darüber machen. Und das ist halt ein Problem. Also, ich hab auch mit einer Freundin gesprochen. Die ist halt etwas frei-liebiger und die hat gesagt, sie würde nie einen Aids-Test machen, weil sie Angst vor dem Ergebnis hat. Und das ist halt ja – die einen sind so und die anderen halt so. (V, 88-96)

Melanie: Also, ich denke nicht, dass die ganze Klasse so ist. Ich denke, dass bei uns das Bewusstsein bisschen anders ist. Also so wie ich uns kenne, dass wir da einfach vorsichtiger sind. Und das nicht unbedingt die Allgemeinheit widerspiegelt, also unsere Erfahrung. Andrea: Ja, das glaube ich auch. Man bekommt es ja doch am Rande ein bisschen mit, was machen die einen, was machen die anderen. Ja, da gibt es zum Beispiel einen, der geht jedes Wochenende wild feiern und macht-. Melanie: Ja, das hängt, glaub‘, immer von der Person selber ab in wie weit man bereit ist, diese Sache wirklich aufzunehmen und zu verarbeiten und für sich da was draus zu ziehen. Andrea: und auch mit der Reife und dem Verantwortungsbewusstsein denk ich jetzt. Weil ich glaub‘, dass es schon viele gibt, die sagen ‚Pff, geht mich nichts an. Ich bin nicht davon betroffen. Interessiert mich nicht‘ und die Verantwortung komplett weiter geben. (IV, 164-174)

Auf die Frage, wie MitschülerInnen erreicht werden könnten, die gesundheitliche Risiken der Sexualität von sich weisen, gibt eine Befragte folgendes an.

Sarah: Wenn sie es selber hätten. Julia: Ja, wenn sie es selber hätten oder im Umkreis- Anna: Na ganz ehrlich, ich glaub sogar, es würde sie nicht schocken, wenn sie es selbst haben. Julia: Ach Quatsch, das schockt schon. Esther: Also das glaube ich jetzt nicht. Julia: Ja, das schockt doch jeden wenn er es hat oder jemand im Umkreis, wenn es da jemand hat. Ich glaub‘, dass das noch eher jemanden schockt. Also bei so Leuten, die sich halt überhaupt keine Gedanken machen. (V, 103-108)

Julia: Ja, ich glaub, dass viele überhaupt nicht mehr nachgedacht haben drüber. Also so bestimmte Leute aus unserer Klasse, da kann ich mir nicht vorstellen, dass die sich noch mal Gedanken darüber gemacht haben (lachen). Sarah: Also, ich kann mir vorstellen, dass jemand der Sex hat, darüber nicht nachdenken will, dass Sex auch schlechte Seiten haben kann. (Gab es konkrete Veränderungen?) Sarah: Also, ich schau‘ jetzt schon aufmerksamer, ob er das Kondom gescheit drauf macht und nicht erst drauf und dann ‚Ups, ähm, passt schon‘. (V, 53-59)

Dieses Zitat zeigt, dass es durchaus SchülerInnen gibt, die sozusagen resistent gegen jegliche Art der Prävention sind – zumindest aus der Sicht ihrer MitschülerInnen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine Präventionsmaßnahme nur dann sinnvoll ist, wenn eine ausreichend realistische Risikoeinschätzung vorhanden ist und bereits Eigenverantwortlichkeit und Bewusstsein über die Selbstwirksamkeit im Umgang mit dem Risiko bestehen (vgl. Kapitel 3.2 Modelle zur Erfassung einer Änderung des Gesundheitsverhaltens).

5.3.3.2 Nachhaltigkeit – Wirkung der Veranstaltung

An dieser Stelle soll nun die nachhaltige Wirkung der Veranstaltung beleuchtet werden. Dazu wurde gezielt nach Änderungen gefragt, die aufgrund der vermittelten Informationen beobachtet wurden. Zunächst zeigt sich, dass es unterschiedliche Argumente gibt, die vorgebracht werden, wenn es darum geht, eine Veränderung beziehungsweise eine Nicht-Veränderung des Verhaltens zu belegen.

Sebastian: Wenn ich beim Sex jedes Mal an diesen Vortrag denken müsste, dann würde wirklich gar nichts mehr voran gehen (lachen) Lydia: Ja, aber man sollte ja vorher dran denken und nicht währenddessen (lachen) Sebastian: Ja, aber also so in Sachen Sexualität hat sich nicht allzu viel geändert, weil das dann doch so beim Alten bleibt, sag ich jetzt mal. Ich hab ja 'ne Freundin. Paula: Ich finde, man ist sich einfach klarer drüber, was man noch so alles bekommen kann. Also man macht sich einfach mehr Gedanken und versucht, sich einfach dagegen zu schützen, würde ich sagen. Man ist halt vorsichtiger. (VI, 106-112)

Vanessa: Also, ich glaube vor allem, wenn man jemand Neuen kennenlernt, dann – also wenn man in einer längeren Beziehung war, dann verändert sich eigentlich nichts. Aber wenn man jetzt jemand Neuen kennen lernen würde, dann würde man schon daran denken und besser aufpassen. Melanie: Ich würde da auch mehr drauf achten, also wenn ich mir jetzt vorstelle, dass ich seit dem Vortrag eine neue Beziehung hätte oder einen neuen Partner. Ich hätte da schon massiv drauf geachtet was ich mach', weil, man hat ja die Folgen gesehen. (...) Andrea: Was für mich jetzt noch einen Unterschied macht, wie sie es vorher schon gesagt hat mit dem Schaubild, dem Vernetzungsbild. Also mir persönlich geht es schon so, dass ich mir denke, okay und wen hat er vor mir gehabt und wen hatte die und kenne ich die. (IV, 52-62)

Melanie: Mmh, bei mir in der Beziehung ist das ja was anderes. Andrea: Ja bei mir auch. Vanessa: Ja, aber ich denke eben, dass viele, die jemand Neuen kennenlernen, dann schon eher ein Kondom benutzen würden. Melanie: Ja, das glaub' ich auch. Andrea: Auf jeden Fall. Ja. Melanie: Ja, das regt halt eher zum Denken an, ich glaub', die Leute machen sich jetzt halt eher Gedanken darüber was sie da eigentlich tun. Wahrscheinlich eher aus Angst, dass sie was kriegen könnten. Nicht weitergeben, sondern kriegen. (IV, 70-75)

Einerseits geben die Befragten an, es habe sich nichts verändert, weil sie in einer Beziehung leben. Gleichzeitig gehen sie aber davon aus, dass Jugendliche, die Single sind, eine Veränderung im Verhütungsverhalten vollziehen, was in diesem Fall auch für sie zuträfe (vgl. Diekmann 2003). Folgendes Zitat bestätigt die Annahme der Bewusstseinsveränderung.

Andrea: Ja, da glaub' ich, denkt man jetzt mehr daran, dass man sich mit irgendwas anstecken könnte. Melanie: Ja. Erschreckend auf jeden Fall. Andrea: Ja es muss ja jetzt nichts Großes sein wie HIV, aber okay, dann bekommt man eben Chlamydien oder so was. Vanessa: Da hat ja auch keiner Bock drauf. Andrea: Das ist jetzt nicht so das große Ding, aber das brauchst du trotzdem nicht. Und ich persönlich mach' mir da schon mehr Gedanken drüber. (...) Also wie gesagt, ich hab mir halt früher Gedanken über HIV oder so gemacht, also praktisch, kann ich mich anstecken oder nicht und jetzt halt auch über solche Sachen mehr. Da hab' ich mich davor nicht so groß damit befasst. (IV, 131-138)

Konkreter drücken das die jüngsten Befragten aus, die angeben, jetzt im Falle einer Unsicherheit eher einen Arzt aufsuchen zu wollen als zuvor.

Max: Ja, oder wenn man jetzt zum Beispiel denkt, dass man diese Krankheit hat. Dass man dann nicht denkt, das wird schon nichts sein, sondern man geht dann halt zum Arzt und denkt sich ‚vielleicht hab ich ja was Schlimmes, was wir da gesehen haben, geh‘ ich mal lieber zum Arzt‘. Martin: Ja, auch wenn das nicht auf den Bildern war und man vielleicht was anderes halt, dann denkt man sich ‚vielleicht könnte es ja doch so was sein‘, vielleicht ist es ja auch gar nicht so, aber man denkt dann schon drüber nach und geht zum Arzt. (Davor auch?) Martin: Ja, davor wär‘ ich nicht gegangen, das hätte ich nicht gemacht. Uli: Ja, aber danach, wenn man dann weiß, was es ist, dann wird man schon eher gehen. (VII, 92-101)

Dieses Zitat gibt einen sehr guten Eindruck darüber, welche Wirkung die Vorlesung langfristig hat. In mehreren Interviews wurde gesagt, dass aufgrund des Wiedererkennungswerts des Bildmaterials bei Unklarheiten eher ein Arzt aufgesucht würde als zuvor. Ebenso bestätigt die Ergebnisse der Fragebogen-Befragung, dass nach der Vorlesung beim Verdacht auf eine ansteckende Geschlechtskrankheit eher eine Beratungsstelle oder ein Arzt aufgesucht würden (vgl. Kapitel 5.2.11 Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung sprechen). Damit zeigt sich, dass die Vorlesung die Achtsamkeit der SchülerInnen in Bezug auf ihren Körper erhöht hat.

In der Veranstaltung wurden ebenso Impfungen gegen humane Papillomviren (HPV) und Hepatitis besprochen. Durch die Interviews wurde deutlich, dass die meisten Mädchen von ihrer Frauenärztin darauf hingewiesen wurden, dass es eine Impfung gegen HPV gibt beziehungsweise dass sie bereits geimpft sind. Zudem geben zwei Befragte an, dass sie sich nach der Veranstaltung gegen Hepatitis impfen ließen.

Anna: Also, ich hab‘ mich gegen Hepatitis impfen lassen. Ich hab‘ davor mal dran gedacht, aber danach erst recht. Julia: Ich hab‘ mich nicht impfen lassen, hab‘ mal drüber nachgedacht, aber dann doch nicht. (V, 116-118)

Sebastian: Ja, ich hab‘ ‘ne Impfung gegen Hepatitis bekommen. Lydia: Ich hab‘ mir Gedanken gemacht während dem Vortrag, ob ich die überhaupt habe, aber danach hab ich es schon wieder vergessen. Ralf: Ich hab‘ zu Hause noch in meinem Impfpass nachgeschaut und hab‘ sie Gott sei Dank gehabt. Sebastian: Ich hab‘ sie auch gehabt und hab‘ sie jetzt auffrischen lassen. Paula: Ich geh‘ davon aus, dass ich das habe, weil meine Eltern (...). (VI, 165-170)

Es zeigt sich eine Wirkung der Vorlesung bezüglich des Impfverhaltens, das durch die Fragebögen-Befragung nicht erfasst werden konnte. Bei einer Stichprobe von insgesamt nur 26 SchülerInnen, die durch Interviews befragt wurden, sind zwei Impfungen durchaus eine anzuerkennende Quote.⁷⁹

⁷⁹ Das zweite Zitat stammt von SchülerInnen, die zum Zeitpunkt des Besuchs der Vorlesung nicht wussten, dass sie retrospektiv befragt würden. Deshalb kann das Verhalten auf eine Eigenmotiviertheit zurückzuführen sein.

5.3.3.3 Nachhaltigkeit – Wissenszuwachs

Ebenso wird durch die Interviews deutlich, dass ein Wissenszuwachs zu verzeichnen ist. Dies zeigen die vorangegangenen Zitate, die inhaltliche Themen aufgreifen. Folgendes Zitat, aus der Befragung einer Gruppe von Gymnasiasten, veranschaulicht sehr schön, was manche SchülerInnen aus dem Vortrag mitgenommen haben und welchen Eindruck er bei ihnen hinterlassen hat.

Ralf: Also ich denk' jetzt nicht so, wenn ich irgendwo rum gehe - da denk ich jetzt nicht über HIV nach, sondern wenn jetzt man zum Beispiel im Fernsehen einen Bericht sehe über HIV, dass man das dann wieder verbindet mit dem Vortrag. So 'oh ja, das ist viel gefährlicher, als es da jetzt dargestellt wird' oder so. Lydia: Ja, es ist schön zu wissen, dass man weiß, also dass man genau darüber Bescheid weiß. Also, das Gefühl, dass man wirklich alles darüber weiß. Das ist ganz gut, find' ich. So wenn man jetzt im Fernsehen was drüber sieht, dass man sich denkt, ja ich weiß was das genau ist und bin nicht so bisschen unwissend. Paula: Ich find, man denkt halt mehr darüber nach sich davor zu schützen, weil man weiß wie es ist, wenn man es haben würde und was alles passiert. Das ist schon wichtig, weil das bespricht man sonst so nie. In der Schule in Bio haben wir gesehen, wie sich der Virus fortpflanzt, also dass er sich immer wieder verändert und man ihn deswegen nicht behandeln kann, aber wie man ihn dann behandelt, haben wir noch nie gehört. Das ist halt voll interessant gewesen. Ralf: Ja, in Bio war das auch wenig abschreckend, ich mein, mit den ganzen Molekülen und Zeichen da- Paula: Ja, es war halt irgendwie 'ja so sieht es aus' aber wie es dann wirklich ist, das wussten wir halt gar nicht. Sebastian: Man bekommt es halt einfach vorgeknallt. So 'ja, schauen sie sich an, so vermehrt der sich' und dann stempelst du's eh wieder als eine graue Theorie ab, wie das in der Schule halt so ist. Also, deswegen, wenn es wirklich darum geht, dass die Leute da bewusst dran denken, dann ist es wahrscheinlich praktischer, wenn man es dann über solche Vorträge macht. (Weil dann was anders ist?) Weil das halt einfach ein anderes Umfeld ist und man nicht von Vornherein rein geht 'ja okay, ich lern's jetzt einfach, weil es in der Schule ist'. Ralf: Find' ich auch, es war viel besser vorgetragen. Sebastian: Ja, das auch. Paula: Ja, so dynamisch und anschaulich. Und halt einfach menschlicher. Ralf: Ja, ansprechender. (VI, 69-91)

Zudem kann auch beobachtet werden, dass das vermittelte Wissen ein Risikobewusstsein fördert, auch wenn die einzelnen Fakten nicht behalten werden.

Uli: Ja, also, da die Zahlen, die da gezeigt wurden. Ich hätte nicht gedacht, dass so viele Leute das haben. Das ist schon viel, wenn man die Zahl dann so hört. Also, ich weiß sie jetzt nicht mehr, aber ich kann mich noch dran erinnern, dass sie recht hoch war. Martin: Ja, man denkt sich davor schon, dass sich welche anstecken, aber es waren dann doch mehr als man dachte. (VII, 103-106)

Sebastian: Was eigentlich auch noch sehr informativ war, ist die Aids-Therapie, also, was man da allein alles an Tabletten nehmen muss und wenn man halt auch gewisse Tabletten nicht verträgt, wenn man allergisch reagiert und sie nicht nehmen kann, dann – also da hat der Herr Zippel ja dieses Beispiel gebracht, dass man zum Beispiel Durchfall kriegt und dann zwei andere Präparate nehmen muss und dann auf einmal am Tag zehn Tabletten schlucken muss. Und das muss man dann sehr kontinuierlich machen. (VI, 21-26)

Lydia: Es ist einem vielleicht bewusster geworden, wie oft das vorkommt. Und nicht so ‚ja das hat doch eh keiner und wird mir schon nicht passieren‘. Sondern es wird einem bewusster, dass es das auch gibt, wenn man denkt bei Geschlechtskrankheiten immer erstmal an HIV. Und dass es das halt auch alles gibt. Ralf: Ja, ich finde auch, dass das ein bisschen weggedrängt wird von dem großen Thema Aids und HIV und das dann in eine Nebennische drängt, weil man denkt, ‚ja das ist ja eh nicht tödlich‘, oder ‚es ist eh nicht so schlimm, kann man vergessen‘. So ungefähr. Sebastian: Ja, ich glaub an Hepatitis sterben weltweit jährlich viel mehr Leute als an Aids, aber keine Sau interessiert es halt. Und es ist, glaub‘ ich genauso leicht übertragbar. (VI, 97-104)

Es werden unterschiedliche Themen genannt, die im Gedächtnis geblieben sind. Zudem zeigt sich sehr deutlich, wie stark die Thematik im Bewusstsein geblieben ist.

5.3.3.4 Sexualaufklärung

5.3.3.5 Sexualaufklärung in der Schule

Auf die Nachfrage, wie die Befragten die Sexualaufklärung in der Schule erfahren hätten, wurden ganz unterschiedliche Erfahrungen geschildert. Interessant ist, ob Sexualaufklärung einheitlich erfolgt und wie die SchülerInnen diese einschätzen. Zunächst wird auf die Lehrkräfte eingegangen, denen die Vermittlung dieser Thematik als wenig geläufig gilt. Dies gilt genauso für die SchülerInnen, die mit dem Thema unsicher sind.

Melanie: Also, offen, bei uns war’s offen. Vanessa: Bei uns war’s wie im Kindergarten. Alle haben gelacht, gekichert und nur Schmarrn gemacht. Melanie: Ich denk am Anfang, oder? Vanessa: Ne, die ganze Zeit und der Lehrer ist dann irgendwann sauer geworden. Also, das war ja ziemlich kindisch. Andrea: Ne, bei uns war’s jetzt nicht so, wie gesagt, dadurch wahrscheinlich auch, dass wir nur Mädels waren, da redet man dann auch wieder anders, als wenn man sagt ‚oh da sitzen jetzt noch die Kerle hinter einem und schauen einen dann immer so komisch an‘. (III, 19-25)

Ramona: (...) in der 9. Klasse im Biologieunterricht. Matthias: Ich hatte das in der 7. schon. Nina: Ja, in der 7. und dann aufwärts immer wieder mal. Monika: Ja, man macht da nur grundsätzlich Verhütung. Nora: Ja Verhütung, Schwangerschaft und so. Monika: Ja, am Anfang war man peinlich berührt und dann ging es. (I: Wem war es peinlich?) Ramona: Also, ich glaub, es ist beiden peinlich und unangenehm. Matthias: Ja, da wird dann immer gekichert. Monika: Ja. Ramona: Das ist auch noch wenn man älter ist so, finde ich jetzt. Nina: Aber ich glaub, dass das den Lehrern auch peinlich ist, weil sie uns ja auch kennen. (II, 6-13)

Wie bereits weiter oben gezeigt wurde, spielt der Vortragende mit seiner Haltung und Motivation eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Themen, die die Sexualität betreffenden. Es wird deutlich, dass die Interaktion bei der Sexualaufklärung von Lehrkräften und SchülerInnen nicht so standardisiert abläuft wie bei anderen Unterrichtsthemen (vgl. Kapitel 1.2.1 Jugend und Sexualerziehung). Die Haltung und Reaktion der SchülerInnen ist unterschiedlich und wahrscheinlich auch vom Alter in der jeweiligen Jahrgangsstufe abhängig. Auch der Umgang mit dem jeweils anderen

Geschlecht spielt eine Rolle. Man kann erkennen, dass es ganz verschiedene Erfahrungen sind, die von den Interviewten geschildert werden. Diese reichen von einem ‚lockeren‘, über einen ‚normalen‘ Umgang bis zu ‚Peinlichberührtsein‘ und ‚Sauerwerden‘ des Lehrers. Auffallend dabei ist, dass es auch SchülerInnen gibt, die beobachten oder dem Lehrer einfach nur nachsagen, er sei peinlich berührt, was eine Vermittlung des Themas erschwert, ganz gleich, ob dies bei den Lehrern zutrifft oder nicht.

Die nicht einheitliche Regelung, beziehungsweise die vage Formulierung von Sexualaufklärung innerhalb des Lehrplans in Bayern, führt zu einem völlig unterschiedlichen Wissensstand bezüglich Sexualität und HIV/AIDS (vgl. Kapitel 1.2.2 Sexualaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns).⁸⁰ Zudem bleibt es mehr oder weniger der Lehrkraft überlassen, wie tief sie in die Thematik einsteigt, und die Haltung und der Einfluss der Eltern bezüglich der Thematik verhindern teilweise noch immer, dass überhaupt eine Auseinandersetzung mit Sexualität in Rahmen des Schulunterrichts erfolgen kann (vgl. Kapitel 1.2.1 Jugend und Sexualerziehung). Die folgenden Zitate verdeutlichen dies.

Bernd: Ja, das war in der siebten Klasse, gell. Saskia: Ja. Bernd: Aber das war halt nur so ganz normal, wie man schwanger werden kann und so. A: Ja, und wie man ein Kondom drüber zieht und so was, aber nicht wirklich detailliert, find‘ ich. Pitt: Also, ich hatte das noch gar nicht. Weil ich zuerst am Gymnasium war und dann später erst an die Realschule kam und auf dem Gymnasium wurde das nicht besprochen. (...) ⁸¹ Bernd: Also wir in der Realschule hatten es in der fünften. Fabian: Bei uns, wir hatten es in der sechsten oder siebten und das war noch so – da gab’s dann so einen Zettel, der war an die Eltern gerichtet, dass halt die Schule das macht und dass die Eltern halt Bescheid wissen. Nicht dass die Eltern dann sagen, ja das wollten wir übernehmen oder so. (...) Saskia: Und was noch war, dass wir über das Sexualthema keine Exen oder Schulaufgaben schreiben durften. Das mussten die Eltern auch unterschreiben. Es wurde dir im Endeffekt gesagt, aber wenn du dir gedacht hast, da scheiß ich drauf, weil wir schreiben eh nichts drüber, dann hättest du da weghören können oder Schule schwänzen können. Bernd: Ich glaub‘, das war dann auch so, also es war eine oder zwei Stunden in Bio und da durfte man auch rausgehen, wenn einem das nicht so gefallen hätte oder die Eltern gesagt hätten ‚also wir sind damit nicht einverstanden‘ dann hätte man da auch nicht hingehen müssen. (I, 41-57)

Monika: ...viel zu spät, bei mir war das in der 9. Klasse und wenn man hört, dass manche da schon mit zehn oder elf Jahren schon Kinder haben, dann ist es wohl zu spät. (...) Man kann ja nicht in der Grundschule anfangen, das ist ja ein bisschen zu krass. (...) Nina: Also ich finde, in der Schule wird man nicht so richtig aufgeklärt. Ich finde, das kommt eher von zu Hause. In der Schule wird das halt einmal schnell durchgekauft. (II, 16-20)

⁸⁰ Hinzu kommt – wie im Theorieteil bereits beschrieben – dass sexuell übertragbare Erkrankungen überhaupt keine Rolle spielen, obwohl diese die Gesundheit der SchülerInnen viel mehr betreffen.

⁸¹ „Pitt: Also ich kam ja erst später an die Realschule und auf dem Gymnasium wurde das Thema überhaupt nicht behandelt. Und die hatten das in der sechsten oder so und ich war dann erst ab der achten da. Von dem her hab‘ ich das in der Schule gar nicht mitbekommen“(I, 70-72)

Saskia: Ja, in Biologie haben wir genau dasselbe wie mit diesen Kampfzellen und so, das haben wir gelernt, aber jetzt nicht so, dass wir jetzt Bilder gesehen hätten, dass man sich wirklich dafür interessiert hat. Bernd: Ja, das waren halt diese T-Lymphozyten und so, aber wenn man das dann aufs Blatt schreiben muss, da denkt sich dann auch jeder ‚ja super, ich lern‘ hier irgend‘ ‚nen Schmarrn‘. Die haben das auch nicht richtig erklärt und so. (I, 62-66)

Bernd: Weil, in der Schule war’s ja auch so, da war immer nur die Rede davon ‚ja wenn ihr ohne Kondom Sex habt, werdet ihr schwanger und durch Oralverkehr kann man halt nicht schwanger werden‘ aber dass man durch Analverkehr zum Beispiel auch HIV bekommen kann, das hat auch keiner gesagt. (I, 247-250)

Es ist klar erkennbar, dass es immense Unterschiede bezüglich des in der Schule vermittelten Wissens der SchülerInnen gibt. Das jedoch widerstrebt dem Präventionsgedanken der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, wonach ein flächendeckender und einheitlicher Wissensstandard vorhanden sein soll, der von der gesellschaftlichen Schicht unabhängig ist (vgl. Kapitel 2.1 HIV-Prävention in Deutschland und die Rolle der sexuell übertragbaren Infektionen). Hier stellt sich die Frage, wo, abgesehen von der Schule, es innerhalb eines Staates mit Schulpflicht noch die Möglichkeit gibt, eine einheitliche Wissensvermittlung über Sexualität zu erreichen. Dabei wäre nicht nur das Erreichen eines einheitlichen Wissensstands ohne größere Kosten und Anstrengungen möglich, sondern auch die Veränderung der Haltung in der Gesellschaft.

5.3.3.6 Sexualaufklärung – allgemein

Neben der schulischen Sexualaufklärung beziehen die Jugendlichen ihre Informationen rund um die Sexualität aus verschiedenen Quellen. Folgendes Zitat gibt einen ersten Eindruck.

Nina: Das geht halt so durch den Freundeskreis. Also, da wird man halt selber so gegenseitig erzogen in der Richtung. (Wo bekommt man Informationen her?) Nina: Ja, Freunde. Monika: Zeitschriften. Bravo. Nora: Dr. Sommer. Monika: Ja, und früher auch immer in der ‚Girl‘ oder so. (Internet?) Nina: Ja, doch, über Verhütungsmittel, also wenn ich da mal irgendwas wissen wollte, dann schau ich da schon nach. Nora: Ja. Nina: Da schau‘ ich schon immer erst im Internet nach. (II, 38-45)

Neben dem Freundeskreis werden Jugendzeitschriften als wichtige Informationsquelle genannt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010: 56). Es zeigt sich wiederholt, dass das Internet eher dann herangezogen wird, wenn eine spezifische Information eingeholt wird. Folgende Aussage bestätigt dies (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010; KIM2008: 57 ff.).

Bernd: Also, ich glaube mal, dass prozentual der kleinste Teil sich im Internet so was durchliest (...) also, am Nachmittag hab‘ ich wahrscheinlich für mich selber auch was anderes zu tun, als mich eine Stunde hinzusetzen und mir das durchzulesen. (I, 100-108)

5.3.3.7 Sexualaufklärung und Freundeskreis

Der Freundeskreis spielt bei den Befragten eine große Rolle in Bezug auf deren Sexualaufklärung (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010: 11). Es zeigen sich aber geschlechtsspezifische Unterschiede in der Kommunikation.

(Wo bekommt ihr eure Informationen her?) Bernd: Freundeskreis. Saskia: Ja, Freundeskreis. Pitt: Ja, hauptsächlich. Bernd: Das ist die größte Informationsquelle, weil die Freunde da auch drüber reden und Fabian: Und der eine Freund hat es vielleicht schon mal gehabt und du noch nicht und grad‘ beste Freunde reden da dann darüber – grad von den Mädels her. Und dann fragst du halt ‚was war da, wie war das‘ und ich glaub schon, dass der Freundeskreis die größte Quelle ist. Pitt: Na gut, da redet man aber halt auch nicht über Verhütung oder so was. Da sagt man halt ‚boa das war toll‘ oder so was. (I, 118- 123)

Jungen sprechen anders über sexuelle Themen als Mädchen. Die beiden Zitate zeigen, dass Mädchen eher über Probleme sprechen, sich sozusagen Halt geben und eine Art ‚verbindende‘ Kommunikation führen. Jungen dagegen scheinen sich eher darüber auszutauschen, was sie erlebt haben.

Nina: Also man redet schon drüber. Ja, grad‘ wenn wir jetzt in einer Mädchenrunde sind, dann wird eigentlich alles offen angesprochen. Monika: Ja. Nina: Also egal, ob man jetzt irgendwelche Probleme hat oder ob man seine Pille vergessen hat. Oder ob man Angst hat, schwanger zu sein oder alles Mögliche. Ich weiß nicht, ob das bei Jungs auch so ist. Matthias: Bei Jungs ist es eigentlich generell so, glaub‘ ich mal. Also nicht über so Probleme wird da geredet, sondern einfach so ja-. Monika: Die hab ich weggehauen (lachen). (...) Nina: Ich glaube, Jungs besprechen das dann eher mit ihrer Partnerin, wenn sie ‚ne feste Freundin haben oder mit einer festen Freundin. Denk‘ ich, oder? Matthias: Ja, schon. (II, 56-64)

Im Gegensatz dazu zeigt das nachstehende Zitat einer Schülerin, dass es durchaus Jungs gibt, die Probleme und Befürchtungen miteinander besprechen und auch bei der großen Schwester Rat einholen.

Vanessa: Ne, bei mir ist es halt- also ich bin auch ein bisschen jünger als ihr. Also, ich hab‘ auch einen kleinen Bruder, der wird jetzt im Sommer 17 und das ist jetzt gerade bei ihm das ganz große Ding. Ja, und da wird die Schwester gefragt ‚wie ist dieses und wie ist jenes‘. Das merkt man dann immer, wenn er mit seinem Kumpel daheim sitzt und dann geht’s los, ich dachte immer, dass das nur die Mädels machen. Aber das ist bei denen eigentlich genau das Gleiche. Weil der hat jetzt halt grad so ‚oh die Mädels werden interessant‘ und so was alles und voll da drin steckt. Der kommt dann schon öfter und sagt ‚hey wie ist denn das, was sag‘ ich zu ihr, was mach‘ ich da?‘ (III, 77-84)

Es wird deutlich, dass es individuell unterschiedlich ist, wie mit dem Thema Sexualität umgegangen wird.

Bei Mädchen kann man sagen, dass die Befragten alle angeben, sie würden über ‚alles‘⁸² reden. Die Jungs hingegen schildern selbst, dass die Art der Kommunikation sich von der der Mädchen unterscheidet und sie weniger über Probleme und mehr über sexuell Erlebtes und Wünsche miteinander sprechen.

Zudem gibt es jedoch auch Freundeskreise, die generell sehr offen mit dem Thema Sexualität umgehen und sich gegenseitig sogar zu präventiven Handlungen motivieren. Folgendes Zitat zeigt sehr schön, wie der Freundeskreis als Multiplikator wirken kann.

Andrea: Also, da kommt es auch wieder durch den Freundeskreis. Ich hab‘ ja vorhin auch schon gesagt, dass wir offen darüber sprechen und wenn man eben hört, der eine hat sich testen lassen zur Sicherheit, weil der eben schon mehrere Geschlechtspartner hatte, dann ist es so eine richtige Welle. Das reißt dann auf einmal alle mit, weil alle dann denken ‚Oh Gott, hoffentlich habe ich nicht auch irgendwas‘. Und wir haben diesen Test alle auf einmal gemacht. Vor ein paar Monaten und sind alle gegangen und haben den Test gemacht und haben gebangt, dass sie nicht positiv sind. Also, dass wir diesen Test gemacht haben und dass eben auch alle mitgezogen haben. Also, jetzt nicht nur Weibchen, sondern auch Männchen. Und das fand ich ganz gut. (III, 192-200)

5.3.3.8 Sexualaufklärung und Eltern

Die Befragten berichten von ganz unterschiedlichen Erlebnissen zum Thema Sexualaufklärung und Eltern (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010). Eine Schülerin stellt ihre Erfahrung so dar.

Saskia: Also ich finde, das kommt vollkommen darauf an, wie man aufwächst. Weil ich, zum Beispiel, bin in einer Familie aufgewachsen, da ist das alles total offen. Ich bin mit 13 zu meiner Mutter und habe gesagt, ich will die Pille. Und bevor sie sagt ‚nein‘ und ich hab dann Sex draußen im Wald irgendwo, hat sie gesagt ‚dann kriegst du die Pille‘. Aber es gibt genauso gut Familien, da ist das Thema bis 15 oder 16 tabu. (I, 111-116)

Bei den befragten Mädchen zeigt sich, dass sie alle ein gutes Verhältnis zu ihrer Mutter oder zu ihren Eltern haben, diese durchaus auf sie eingegangen sind und sich der Probleme und Bedürfnisse ihrer Töchter angenommen haben. Auch die Pille und sexuelle Freiheit wurde den Mädchen zugestanden. Trotzdem gibt es Familien, in denen mit Sexualität nicht offen umgegangen wird.

⁸² Ein weiteres Zitat zur Verdeutlichung: „Ja und sonst, also mit meinen Freunden ist es ähnlich so wie bei ihr jetzt, da kann man eigentlich über alles reden. Ich sage mal so, der besten Freundin erzählt man eigentlich sowieso alles und meistens bekommen es ein paar andere Freundinnen auch noch mit.“ (III, 85-87)

Vanessa: Ja, bei mir war es eigentlich auch so. Ich hatte – ich weiß gar nicht, wann ich das bekommen hab‘, so ein Aufklärungsbuch halt von meiner Mama, und da hat sie mir da halt schon so ein bisschen erklärt, wie die Babys entstehen und so was und dann klar, dann, ja klar als Teenager hat man dann auch so die „Bravo“ gelesen und hat sich da eben die Informationen geholt und dann eben auch wie bei ihr, dass, als dann der erste Freund war, da bin ich dann mit meiner Mama zum Frauenarzt gegangen und, ja, dann hat sie mich dann auch noch mal aufgeklärt. (III, 47-53)

Bei den Jungs ist keine konkrete Aussage darüber möglich, inwieweit sie offen mit ihren Eltern über Sexualität sprechen. Ein Schüler wurde schon mit sieben Jahren von seinem Vater aufgeklärt (siehe Kurzprofil 5.3.1.4 Pit), ein anderer würde seine Eltern nicht um Rat fragen, was er wie folgt darstellt.

Matthias: Ich glaub‘ aber nicht, dass das Kind dann zu seinen Eltern geht und sagt ‚Hey, erklär mir mal das und das‘. Monika: Ja, ne, aber die Eltern kriegen das ja mit, irgendwie. Nina: Ja, das kommt halt drauf an, welche Familie das ist. (II, 29-31)

Folgendes Beispiel zeigt, dass es den Eltern nicht bewusst sein muss, wann es an der Zeit wäre ein Aufklärungsgespräch zu führen, weil die Informationen schon viel früher durch andere Quellen eingeholt wurden.

Melanie: Beim ersten Freund haben dann meine Eltern beide noch mal versucht mich aufzuklären, aber da- (...) Ja beide, aber da war man dann schon so weit aufgeklärt durch Zeitschriften und durch den älteren Bruder, speziell in meinem Fall. Das war dann auch nebensächlich. Man wusste ja alles schon. (III, 55-59)

Die Eltern haben sehr großen Einfluss und prägen die Identitätsfindung und die Entwicklung der jugendlichen Sexualität maßgeblich mit. Jedoch gibt es auch hier Unterschiede, und die Eltern klären teilweise zu einem zu frühen oder zu späten Zeitpunkt auf.

5.3.4 Jugendliches Sexualverhalten - eine Selbsteinschätzung

Jugendliches Sexualverhalten kann sehr unterschiedlich sein, was folgende Beispiele zeigen. Selbst in diesem einen Interview (I) gibt es dazu unter den Interviewten verschiedene Haltungen.

Pitt: Aber man schläft doch nicht mit jemandem, den man erst seit zwei Tagen kennt. Bernd: Oh doch. Sakia: Mmh. Pitt: Oh nein. Bernd: Doch. Fabian: Ja, da kann man mal nachfragen, wie viel One-Night-Stands es in München gab. Grad‘ nächstes Wochenende ist Fasching und da mit dem Alkohol machst du Sachen, die du im normalen Leben nicht machen würdest. Da ist dann schnell so was passiert. Bernd: Ja. Pitt: Also, ich würde niemals mit einer mitgehen, die ich erst seit zwei Tagen kenne. Never. Bernd: Ja klar. Pitt: Es kann sein, dass ihr das anders seht. Ihr seht das wahrscheinlich anders. Aber ich bin halt so. (I, 263-269)

Jugendliches Sexualverhalten ist individuell verschieden und kann nicht verallgemeinert werden. Was für den einen normal und gängig ist, kann für den anderen als unmöglich erscheinen. Damit stellt sich für die Sexualaufklärung bei Jugendlichen die Frage nach einem Konzept, das alle individuellen Haltungen und Verhaltensweisen anerkennt und nicht verallgemeinert oder bestimmte Vorlieben überbetont (vgl. Timmermann 2008). Außerdem gibt es bei den jüngeren SchülerInnen selbstverständlich auch viele, die noch gar keine sexuellen Erfahrungen gemacht haben und die ebenso bei der Untersuchung der Methode berücksichtigt werden müssen.

Martin: Ja, bei anderen kann ich mir das schon vorstellen. Wenn Mädchen vielleicht ,ne Freundin haben und wo es vielleicht nicht so gut gelaufen ist, dass die dann ein bisschen darüber geredet haben. Mehr kann ich mir da aber nicht vorstellen, weil ich selber hab‘ da keine Erfahrung. (VII, 83-86)⁸³

5.3.5 Verhütungsverhalten: eine Selbsteinschätzung

Der Fokus bei der Verhütung liegt auf dem Kondomgebrauch. Die folgenden Zitate veranschaulichen, dass das Verhütungsverhalten von Jugendlichen ebenso unterschiedlich ist wie ihre Einstellung zum Sexualverkehr.

Bernd: Ja. Also, ich sage mal, wenn man jetzt keinen festen Partner hat oder häufig wechselnde Geschlechtspartner, dann denkt man auch eher ans Kondom, find‘ ich. Also, ich finde es schon so. Ja, das ist meine persönliche Meinung, weil, wenn ich jetzt irgendeine Frau erst zwei Wochen kenne oder so was, dann weiß ich ja auch nicht, mit wem die schon alles geschlafen hat. Oder man hört es vielleicht aus dem Freundeskreis, also, die hat mit dem geschlafen oder hat mit dem geschlafen. Da denk‘ ich mir auch, ich kenn‘ den Kerl auch und da denkt man dann schon eher dran. Ich würde jetzt in einer Partnerschaft auch dran denken. (I, 186-193)

Melanie: Ich finde halt jetzt auch, dass man das mit dem Partner vorher absprechen soll. Weil jetzt vorher hier mit ,Verhütung spontan‘ und so, also, das kenne ich jetzt so überhaupt nicht. Dass man dann kurz davor ist und dann so ,hey und wie verhüten wir übrigens?‘. Das ist bei mir zumindest von vornherein klar und so und so wird das gemacht. Aus. Dass das quasi geklärt ist. (III, 201-205)

Nina: Ja und wenn jetzt da einer zu mir kommen würde und sagen würde, ohne Gummi und ich hätte da noch keine Ahnung, also man bekommt das doch so oder so mit, dass man grad‘, wenn man mit einem Kerl am Anfang das erste Mal und so hat, also dass man da verhüten muss und vor allem mit Gummi halt. Also da kommt man ja auch selber drauf. Und wenn das ein Mädchen nicht macht, dann ist die meines Erachtens einfach nur blöd. Weil, das kriegt man in der Schule mit, das kriegt man überall mit. Im Fernsehen, wenn ich S-Bahn fahre und aus dem Fenster schaue. Da sind überall solche Poster und das kriegt man einfach mit. (...) Nora: Es kommt ja auch immer auch aufs Alter an. (...) Nora: Ja, ich glaube, wenn da jetzt ,ne 10-Jährige ist, die ein Kind bekommen hat, also da glaub‘ ich jetzt nicht, dass die so drauf achtet, aber ich glaub‘, je jünger man ist, desto naiver geht man an die Sache auch ran, weil man sich einfach keine Gedanken macht. (II, 144-157)

⁸³ Dieses Zitat stammt aus dem Interview VII, das zeitverzögert durchgeführt wurde.

Im letzten Zitat wird das Nichtbenutzen von Kondomen als ‚blöd‘ bezeichnet. Dies ist eine sehr naive Darstellung. Im weiteren Verlauf wird deutlich, dass keine vernünftige Begründung für das Benutzen von Kondomen genannt wird. Nur weil es in der Schule oder in der Umwelt ‚vorgeschagt‘ wird, wird es nachgeahmt, ohne jedoch selbst eine plausible realitätsnahe Begründung für das Kondom zu haben. Es scheint also sehr große Unterschiede in der Einstellung zu geben, die sicherlich auch daher rühren, dass die befragten SchülerInnen ihre Aussagen an sozial Erwünschtem orientieren.

Die beiden ersten Zitate zeigen jedoch, dass es durchaus selbstverantwortliche Jugendliche gibt, die eine klare Vorstellung von Verhütung haben, sich hierüber Gedanken gemacht und ein bestimmtes Verhalten verinnerlicht haben. Dass dies nicht die Regel ist, verdeutlicht das nächste Zitat.

Saskia: Also, ich habe keine One-Night-Stands, weil ich absolut dagegen bin. Aber Drogen und Alkohol spielen definitiv eine Rolle bei so was. Bernd: Ich hab nix und sag nix. Saskia: Weil jeder am Wochenende sich vollkommen die Birne wegknallt – es ist ja hier anonym – Sei’s jetzt mit Gras, was zu ziehen oder Alkohol. Es ist wurscht. Es ist einfach das totale Party Ding. Fabian: Das würde ich auch sagen, es kommt darauf an wo man gerade ist. Saskia: Ja, es kommt darauf an, in welchen Kreisen man unterwegs ist. Natürlich gibt es welche, die nehmen gar keine Drogen oder sonst was, aber ich glaub‘, das spielt schon eine große Rolle. (I, 179-186)

Drogen und Alkohol sind, was das Verhütungsverhalten angeht, eine nicht zu unterschätzende Einflussgröße, die auch bei der Prävention berücksichtigt werden muss. Viele Jugendliche schätzen Risiken falsch ein oder nehmen sie gar nicht mehr wahr, wenn sie unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen. Zudem enthemmt der Konsum und es kommt zu Sexualverhalten, das im nüchternen Zustand nicht so praktiziert würde (vgl. Leigh & Stall 1993).

Außerdem zeigt sich, dass die befragten Jungen ein anderes Verständnis von Verhütung haben als Mädchen. Was jedoch für beide Geschlechter zutrifft, ist, dass es nur um die Schwangerschaftsverhütung geht und nicht um die Prävention von Krankheiten. Folgende Zitate geben einen guten Eindruck.

Matthias: Ja, jetzt nicht so intensiv. Für Jungs ist es wahrscheinlich anders, die brauchen nicht so viel darüber wissen, wie man alles verhüten kann. Nina: Ja genau! (lachen) Matthias: Nein, ich meine, ich muss jetzt nicht unbedingt genau wissen, was ein Diaphragma ist oder so was. Monika: Solltest du aber. Nina: Ich denke mal, Männer haben generell weniger Interesse, wie das funktioniert. Sie wissen schon, was das einzeln ist, aber die wissen nicht, was das direkt in einem Körper von einer Frau macht. Melanie: Die schauen halt eher, was alles noch passieren kann. Matthias: Ja, für die Frau ist es halt wichtiger. (II, 46-52)

Saskia: Ja jetzt soll ja auch die Pille für den Mann rauskommen. Pitt: Echt? Bernd: Ja, da hab' ich auch schon was gehört. Fabian: Das macht ja dann wahrscheinlich keiner (lacht). Saskia: Da werden dann aber alle Frauen sagen ‚vergiss das jetzt‘. Also erst mal glaube ich, besteht da jede Freundin drauf, dass ihr Männer das dann auch macht. Weil dann hängt es nicht nur an uns. (I: An wem hängt es denn gewöhnlich?) Saskia: Ja an beiden... (...) Fabian: Ja das ist so, dass die Mädels zum Frauenarzt gehen und sich die Pille holen und damit ist die Sache dann erledigt. Saskia: Also liegt's an uns Frauen. Bernd: Aber es sollte schon an beiden liegen. (I, 141-150)

Das Verhütungsverhalten ist ebenso wie das Sexualverhalten individuell unterschiedlich. Es wird aber deutlich, dass es beim Thema Verhütung meist nur um Schwangerschaftsverhütung geht und nicht um die Verhütung von Geschlechtskrankheiten. Dies bestätigt wiederum die Aussage, in der Schule und im privaten Umfeld gehe es hauptsächlich um Schwangerschaften, wenn vom Thema Verhütung die Rede ist. Es zeigt auch, dass dieses in der Vergangenheit vermittelte Präventionswissen bereits so internalisiert zu sein scheint, dass es – ohne dass die Jugendlichen es selbst merken – wiedergegeben wird. Es geht hauptsächlich um Schwangerschaftsverhütung, obwohl diese Zitate alle aus Interviews stammen, die direkt nach der Präventionsvorlesung geführt wurden und alle SchülerInnen die Bilder erwähnen und Erkenntnisse wiedergeben. Dies bestätigt die Notwendigkeit, schon in der Schule eine einheitliche Prävention für eine sexuelle Gesundheit durchzuführen, die ihren Fokus nicht nur auf die Schwangerschaftsverhütung und HIV/AIDS legt, sondern auch die anderen Risiken – nämlich die sexuell übertragbaren Infektionen – bezüglich der jugendlichen Gesundheit einbezieht.

5.3.6 Sexualerfahrungen und Prävention – eine Selbsteinschätzung

In welchem Alter ist Prävention sinnvoll? Diese Frage wurde in den Interviews von den SchülerInnen diskutiert und unterschiedlich dargestellt. Eine Einschätzung zeigt folgendes Zitat.

Bernd: Ja, in der fünften Klasse ist auf jeden Fall zu früh. Also siebte, würde ich sagen, wäre besser. Saskia: Ne, viel zu spät. Fabian: Ja, grad‘ bei Mädchen sieht man das. Ich hab‘ eine Schwester, die ist 13 geworden und die ist jetzt grad‘ – also allein wie die schon rumläuft. Saskia: Nicht allein wie die schon rumläuft. Allein im Freundeskreis kann man schon – in welchem Alter Mädchen entjungfert werden. Bernd: Ja, vor allem, wenn man dann auch mitkriegt, wenn die anfangen zu rauchen und mit Alkohol auch in dem Alter. Pitt: Ja, dann mit 13, aber mit 12 find‘ ich zu früh. Bernd: Ja aber das ist halt bei Jungen, bei Mädchen ist das anders, weil Jungen halt später reif werden. Wenn ein 12-jähriges Mädchen mit einem 12-jährigen Jungen dasitzt, dann denkt die sich auch ‚so ein Idiot‘. Saskia: Ja. Fabian: und es gibt halt auch Mädchen, die mit elf ein Kind bekommen. Pitt: Ja, so 12 rum dann, 12 oder 13. Bernd: Ja. Saskia: Manche Grundschulen klären schon auf. Bernd: Wobei ich das auch nicht richtig finde. Das ist zu früh. Aber da kann man sich drüber streiten (...) Saskia: Ja, schon so 14, aber auch mit 13. Aber ich kenn‘ auch welche, die wurden kurz nach ihrem zwölften Geburtstag entjungfert. Ich hab‘ auch eine Freundin die wurde im jugendlichen Alter schwanger und hat schon ein Kind jetzt. Also 12 ist, glaub‘ schon ein gutes Alter zum Aufklären. (...) Fabian: Ja, bei meiner besten Freundin, die wurde auch mit 12 entjungfert. Und von dem her denke ich, dass 12 so das richtige Alter ist. Grad‘ wenn man sieht, wie die Welt sich entwickelt, desto reif – na reif kann man nicht sagen – aber umso früher probiert man die Sachen aus und von dem her denke ich schon, dass 12 das richtige Alter ist, wo man dann anfangen sollte spätestens aufzuklären. (I, 74-94)

Es wird deutlich, wie unterschiedlich die Einschätzungen sind und wie versucht wird, rational zu argumentieren. In Bezug auf die Veranstaltung als Präventionsmaßnahme mit Bildmaterial wird jedoch viel differenzierter diskutiert. Die folgenden zwei Zitate sind aus der gleichen Passage eines Interviews (III) und geben einen Eindruck über die unterschiedlichen Meinungen über den richtigen Zeitpunkt von Prävention im Hinblick auf die jugendliche Gesundheit.

Andrea: Ja, da muss man jetzt schon auch sehen, je jünger die Klasse ist, desto weniger Erfahrung haben die jetzt selber. Du sagst ja jetzt auch selber, du achtest jetzt mehr drauf und wenn du vorher praktisch noch gar keine Erfahrung hast (...) Sag mal ganz ehrlich, wann hast du dich denn angefangen, für mehr als Händchenhalten und Küssen und so Zeug zu interessieren? So mit 15 oder 16 geht das halt los. (III, 167-175)

Melanie: Ja, aber würdest du nicht sagen, dass die, die in deinem Alter sind oder auch jünger, dass denen das nicht eher irgendwas bringt? Vanessa: Ich glaube vor allem, dass es denen noch eher was bringt als bei uns. Melanie: Ja, weil wir haben schon unsere Meinung (lachen), da ist schon alles gelaufen. (III, 178-181)

Julia: Ja, es ist vielleicht auch besser, wenn man das bei einer jüngeren Altersgruppe anpackt, weil wir sind jetzt halt doch schon volljährig und gemachte Persönlichkeiten. Ich denke, wenn man die mit 15 oder 16 – vielleicht schockiert die das dann mehr, weil die fangen ja eh mit 12 schon an. Sarah: Ja, dass die dann vielleicht auch so eine Gewohnheit daraus machen, dass sie nicht so ganz auffassen.(V, 81-84)⁸⁴

Zwei der interviewten Mädchen (Interview III) sind etwas älter als der Durchschnitt der anderen Befragten und ihre Beurteilungen sind sehr reflektiert. Man kann nicht davon ausgehen, dass sie aufgrund ihrer bereits entwickelten selbstverantwortlichen Haltung ein Maßstab für die andern Befragten darstellen. Es scheint keinen gemeinsamen Konsens darüber zu geben, wann das verwendete Bildmaterial – aus Sicht der SchülerInnen – einen Effekt haben könnte und wann es eine Überforderung der Jugendlichen mit noch nicht entwickelten Sexualität darstellt. Dabei ist wieder zu beachten, dass die subjektive Einschätzung der SchülerInnen über andere Jugendliche ihre eigene Haltung und Sensibilität beschreibt (vgl. Diekmann 2003). Das folgende Zitat bestätigt die unterschiedliche Haltung in Bezug auf Präventionsmethoden und das Alter.

Monika: Ja, bei so jüngeren Leuten kannst du das gar nicht so machen, weil da stellen sich die Eltern wieder quer. Nina: Ja, aber ich finde nicht ganz so jung, aber schau mal, wir wussten auch nicht wie so was aussieht. Monika: Ja, also nicht so ganz junge, aber ab der fünften Klasse kann man da definitiv anfangen. Nina: Aber nicht mit den Bildern. Aber nicht mit den Krankheiten. Monika: Ja, vielleicht nicht so extrem, aber halt mit 16 oder so. Ramona: Das ist da wahrscheinlich auch schon zu spät. Matthias: Ja, ich wollte grad‘ sagen, das ist dann wahrscheinlich auch schon zu spät. Monika: Also ich finde das schon zu spät. Nina: Du kannst aber nicht Kindern ab der fünften Klasse solche Bilder zeigen. (II, 161-169)

⁸⁴ Dieses Zitat ist aus dem Interview V, das zeitverzögert durchgeführt wurde.

5.3.7 Jugend und HIV

Wie die befragten Jugendlichen zum Thema HIV stehen und wo sie überhaupt damit in Berührung kommen, zeigen folgende Zitate.

Nina: Also, HIV überhaupt nicht, im Fernsehen vielleicht und in Büchern. Ramona: In den Medien, die Nadja⁸⁵. Nina: Ich hab mal ein Buch gelesen. Monika: Stimmt, die Nadja. Das ist so das letzte, woran ich mich dran erinnere. (...) Nora: Ja, ich finde auch, wie mit dieser Nadja, dann ist da wieder voll der ‚Hype‘ und ‚oh mein Gott‘ aber normalerweise kommt da jetzt nicht so viel darüber. Monika: Ja, wenn, dann kommt kurze Zeit was und dann ist es auch wieder vorbei. (...) Monika: Also ich fand, sie wurde ein bisschen zu krass angegriffen, weil mindestens 80% genauso wie sie reagiert hätten. Ramona: Ich finde auch, sie wurde viel zu sehr an den Pranger gehängt. Bloß, weil sie halt irgendwie Promi ist. Monika: Weil sie halt jeder kennt. Nina: (...) Also so toll ist das nicht abgelaufen. Nora: Ja, aber es ist trotzdem nicht richtig. (I: Hat sie Schuld?) Monika: Ja. Ramona: Ja, definitiv. Nora: Ja. Nina: Ja. Monika: Schuld hat sie, aber es wurde halt zu aufgewühlt. Zu öffentlich gemacht. (II, 224-273)

Ramona: Ja, vor allem, wenn man eben weiß, wie es übertragbar ist. (...) Nina: Du weißt, dass es nicht schlimm ist, du machst dir aber trotzdem irgendwie-. (...) Monika: Also mir wurde mal jemand vorgestellt, wo ich im Nachhinein erfahren habe, dass die HIV hat. Also das war ein Mädels, und da hab‘ ich dann schon gedacht ‚oh Gott was hab‘ ich da gemacht‘, da hatte ich schon irgendwie Angst ‚hab ich die irgendwo berührt‘. Boa. Ja es ist nicht schlimm, aber man macht sich halt danach trotzdem Gedanken. (...) Matthias: Ja, man wird halt vorsichtiger mit solchen Menschen. (...) Ramona: Ich glaube, man behält das schon eher für sich, weil ich glaube, dass viele da sehr distanziert reagieren, also, ich glaub‘, da verringert sich der Freundeskreis um mindestens 50%. Monika: Das reicht nicht. (II, 241-261)

Sakia: Also, ich kenne jemanden, der hat HIV. Also ich finde es ganz ehrlich überhaupt nicht schlimm (...) Also ich finde, ich meine, ich habe ja keinen Sex mit dem, also mit dem, der HIV hat. Ich nehm‘ ja auch keine Drogen und dieselbe Spritze wie er. Meine Güte, ich kann mich mit dem auch irgendwo hinhocken, genau wie mit jemand anderem. Pitt: Ich würde mal sagen, das kommt drauf an. Weil, wenn es jetzt meine eigene Freundin hat, dann würde ich anders drüber denken, als wenn es mein bester Kumpel hat. Deswegen würde sich ja so nichts verändern. Ich hab‘ ja mit dem auch keinen Sex und ich denke, dass uns das noch eher zusammenschweißen würde, weil er einen dann noch fester braucht als vorher. Von daher denke ich, dass das unter Freunden im Freundeskreis nicht so schlimm wär‘, wie wenn es der eigene Partner wäre. (...) Bernd: Ja, also ich finde, das macht einen ja nicht zum schlechteren Menschen, nur weil er HIV hat oder AIDS hat. Natürlich schränkt das sein Leben schon ein, aber der kann ja trotzdem noch lustig sein und mit dem kann man ja auch Spaß haben. Das sind halt nicht Kriterien, wo ich sagen kann, er kann nicht mein Freund sein. Also, deswegen find ich das Schwachsinn. (...) Also, man weiß ja, dass man sich übers Glas nicht anstecken kann. Und ich geh‘ ja auch nicht hin mit dem Messer und sag ‚hier Blutsbrüderschaft‘ oder so was. Ja nein, keine Ahnung. Dann trink ich halt mit ihm aus einer Falsche, das ist doch kein Problem. Oder wenn ich mit dem Sport mache oder so, das ist doch kein Problem. Ich tausche ja mit dem auch keine Körperflüssigkeiten aus. Ich küß‘ ihn ja nicht oder so was, und von daher denk ich, dass die Gefahr da nicht mehr so hoch ist. (I, 199-219)

⁸⁵ Nadja Benaissa wurde am 11. April 2009 wegen des Verdachtes der gefährlichen Körperverletzung festgenommen. Ihr wurde zur Last gelegt ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt und dabei nicht auf ihre HIV Infektion hingewiesen zu haben. Der Haftbefehl wurde jedoch im Juli 2009 wieder aufgehoben (vgl. Süddeutsche Zeitung 2009). Im Februar 2010 wurde erneut Anklage wegen vollendeter gefährlicher Körperverletzung erhoben, da sie bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr einen Mann durch das Verschweigen ihrer HIV Infektion mit dem Virus infiziert hatte. Im August wurde sie zu einer Freiheitsstrafe von zwei Jahren auf Bewährung und 300 abzuleistenden Sozialstunden verurteilt (vgl. Staatsanwaltschaft Darmstadt 2010, Spiegel 2010). Zu dieser Zeit wurde sehr viel über den Fall berichtet und diskutiert.

Ramona: Generell ist das nicht im Bewusstsein. Ich glaub‘ schon, dass viele denken ‚ne ich doch nicht‘ und ‚warum auch‘. Das ist einfach so weit weg für einen. Ich denke auch nicht, dass jeder da jemanden in seinem Umfeld hat. Selbst wenn, vielleicht weiß man es ja nicht. Aber wenn man nicht jemanden im Umfeld hat, von dem man es weiß, dann ist es für einen schon immer sehr weit weg. Man denkt da jetzt nicht ständig drüber nach. Also, ich denk‘ jetzt da nicht ständig drüber nach. (...) Matthias: Ich denk‘ da auch nicht ständig drüber nach. Und keine Ahnung, man kennt halt keinen, der das hat, man weiß nicht, wie der sich fühlt oder so. Man weiß nichts davon. Deswegen interessiert es einen auch im Moment nicht. Dann wenn man es halt hat, ist’s halt scheiße. (...) Monika: Ne. Oder so im Alltag auch überhaupt nicht eigentlich. Ramona: Ich glaub‘, das merkt man auch so nicht, weil die wenigsten, die nicht verhütet haben, machen einen Test. Also, ich kenn‘ viele, die haben schon ohne gemacht und die gehen einfach nicht und machen einen Test. Monika: Einfach aus Angst. Ramona: Ja aus Angst oder man will es einfach nicht wissen und geht nicht. Also, ich kenne niemanden, der sagt ‚oh, jetzt hatte ich Sex oh oh oh, ich mach‘ jetzt einen Test‘. Nina: Ja bei vielen ist das so. Aber bei einigen ist es auch so wenn sie Sex haben, dann denken sie sich schon ‚ach Scheiße‘. Das ist dann aber auch im nächsten Moment wieder weg. Ramona: Aber das denkst du auch nur, wenn’s ein One-Night-Stand war mit jemandem, den du nicht gekannt hast. Wenn du den Kerl gekannt hast, dann interessiert es dich nicht, weil du dir denkst ‚da ist nichts‘ (II, 178-199)

Von HIV und AIDS haben alle Jugendlichen durch verschiedene Medien, die Schule oder das Elternhaus schon etwas gehört. Im Bewusstsein der Jugendlichen ist die HIV-Infektion allerdings nicht sehr stark. An dieser Stelle muss berücksichtigt werden, dass die Jugendlichen kurz vorher die Veranstaltung besucht haben und deswegen sehr wahrscheinlich etwas anders damit umgehen als in ihrem Alltag. Die dargestellten Haltungen zum Thema sind sehr unterschiedlich. Trotzdem wird eine sehr realistische Sichtweise dargestellt. Wenn persönliche Erfahrungen mit einem HIV-Infizierten gemacht wurden, wirkt sich das unmittelbar auf den Umgang und die Haltung aus. Es zeigt sich, dass es durchaus Verständnis für das Verhalten von Nadja Benaissa gibt. Die genannten Beispiele der Jugendlichen veranschaulichen, dass ein persönlicher Bezug zu der betroffenen Person wichtig für die dargestellte Haltung und Einstellung zum Thema HIV ist.

5.3.8 Jugend und sexuell übertragbare Krankheiten – eine Selbsteinschätzung

Welche Rolle sexuell übertragbare Krankheiten für die befragten Jugendlichen spielen, ob sie sich bedroht fühlen, wie stark ein Bewusstsein dafür vorhanden ist und die unterschiedlichen Haltungen zu dem Thema, geben folgende Zitate wieder.

Pitt: Dass es eigentlich immer nur heißt ‚pass auf, sonst wird man schwanger‘. Sakia: Ja, das kommt auch immer aufs Alter an. Bernd: Ja, zum Beispiel ‚ne Freundin von mit hat gesagt, sie hat jetzt mit einem Kerl geschlafen, den kennt sie jetzt seit zwei Tagen und sie will sich halt die Pille danach holen. Das sieht man halt auch daran. Dass sie im ersten Moment daran denkt, ‚ja ich hatte ungeschützten Sex und oha, ich könnte schwanger sein‘. Da sieht man dann, dass die nicht mal drei Tage danach darüber nachdenken ‚ja der hätte auch Krankheiten haben können oder so was‘. (I, 256-263)

Saskia: Ja, aber da denkt man nicht dran. Bernd: Ja, da denkt man halt nicht dran. Es gibt ja auch die ‚Pille danach‘ und es gibt einfach viel. Man macht sich über so Geschlechtskrankheiten einfach wenig Gedanken. Saskia: Ja. Bernd: Und die meisten denken halt beim Kondom bloß ans Verhütungsmittel und nicht an den Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten. (I, 158-161)

Bernd: Ja, aber die meisten Jugendlichen machen sich beim Sex mehr Gedanken darüber, ja könnte ich schwanger werden‘, als über die Geschlechtskrankheiten. Also, ich glaub das ist schon so das Kriterium. Also, wenn ich denke ‚aha ich hab kein Kondom dabei, da könnte ich schwanger werden‘. (...) Ja, da denkt dann der erste ‚Ja, da könnte sie schwanger werden‘ oder ‚Ich werde schwanger‘ als Frau gesagt. Das ist bestimmt der erste Gedanke. Da denkt bestimmt keiner ‚oh ja, pass auf, Aids und ich könnte danach schwanger werden‘. (I, 239-244)

Vanessa: ...wenn eine Freundin zum Beispiel kein Kondom benutzt hat oder so, dann redet man eigentlich drüber ‚Oh Gott und AIDS‘ und so was, aber jetzt nie ‚Oh Gott, vielleicht hast du Chlamydien‘. Ja das sagt ja keiner (lachen). Melanie: Ja, das stimmt. (...) Andrea: Dadurch, dass da einfach nicht groß drüber gesprochen wird, geht man halt einfach auch nicht davon aus ‚so und das hat jetzt jeder‘. Weil es halt schon so ein bisschen totgeschwiegen wird, praktisch. Wird nicht drüber geredet, hat niemand. Passt. (III, 236-256)

Da bei der Sexualaufklärung der Fokus auf der Schwangerschaftsverhütung liegt und das Thema sexuell übertragbare Krankheiten größtenteils ausgeklammert bleibt, spielt es bei den Jugendlichen – wenn überhaupt – eine Nebenrolle.⁸⁶

Eine Auseinandersetzung erfolgt hauptsächlich dann, wenn man selbst von einer Geschlechtskrankheit betroffen ist oder von Freunden mit der Thematik konfrontiert wird. Ein offener Umgang innerhalb des Freundeskreises wird zwar genannt, jedoch zeigt das zweite nachstehende Zitat eine andere realistische Einschätzung.

⁸⁶ Das Kondom ist der Goldstandard zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (vgl. Centers for Disease Control and Prevention 2011).

Andrea: Also, so generell mit den Chlamydien zum Beispiel, das hat halt eine Freundin von mir gehabt und da spricht man dann schon drüber. Also so ‚wie hast du dir das jetzt eingefangen?’ (...) Melanie: Sonst kommt man ja mit dem Thema eigentlich nicht in Kontakt. Wenn man selber nichts hatte, oder keinen im Freundeskreis hat, dem das passiert ist, dann denkt man da auch gar nicht drüber nach (...) Also bei mir ist das nicht so bewusst. Vanessa: Also, bei mir ist es jetzt zum Beispiel so, ich weiß jetzt nicht, ob das daran liegt, dass wirklich noch nie jemand irgendwas hatte in meinem Freundeskreis, oder ob einfach niemand darüber spricht. Also bei uns war das eigentlich noch nie ein Thema. Da hat man nie drüber geredet. Wie gesagt, ob jetzt nie jemand was hatte, oder ob man das einfach nicht sagen will, das weiß ich nicht. (III, 215-228)

Nora: Na, ich glaub‘, so offen gehst du auch nicht damit um, wenn du zum Beispiel denkst, ‚ich hab da ne Feigwarze‘ dass du da dann sagst ‚ich hab da ‚ne Feigwarze oder so‘ (lachen). Also, so offen geht man dann nicht damit um. Nina: Ja, wenn man es dann hat nicht, aber ich glaub, man geht grundsätzlich offen damit um. Nora: Ja, sicher. (...) Monika: Kommt auch immer drauf an, mit wem. Man kommt jetzt nicht in eine Gruppe, in der Schule zum Beispiel und sagt ‚hey und so‘. (II, 68-73)

Es zeigt sich wie wichtig eine einheitliche Sexualerziehung ist, die alle Risiken und Probleme thematisiert. Wenn dies nicht in der Schule stattfindet, kommen, wenn überhaupt, nur die Mädchen über Frauenärzte damit in Berührung oder eventuell über den Freundeskreis. Es gibt Ansätze, die eine Aufklärung zu den Risiken der Sexualität als ‚Gefahren-Abwehr-Pädagogik‘ (Timmermanns 2008: 209) bezeichnen, die die Jugendlichen schlecht erreicht oder gar verschreckt. Erstaunlicherweise ist die Schwangerschaft als bestehendes, zwar nicht gesundheitliches, Risiko anerkannt, was die SchülerInnen aber nicht davon abhält, Sexualverkehr zu haben. Eine realitätsnahe Risikoaufklärung ist absolut notwendig, um das Bewusstsein der Jugendlichen auch über das Verhütungsverhalten hinaus zu erweitern. Nur so lernen sie, Risiken abzuschätzen, Symptome zu erkennen und Spätfolgen erfolgreich abzuwenden.

6. DISKUSSION: DIE EFFEKTIVITÄT DER VORLESUNG

Die Vorlesung ‚Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Erkrankungen‘ wird von annähernd allen (94,1%) befragten SchülerInnen als gut und von 87,3% als unterhaltsam befunden, was sowohl die Thematik als auch die Art der Vermittlung betrifft. Es zeigt sich, dass die Vorkenntnisse über Sexualität und die damit verbundenen Krankheiten bei den SchülerInnen sehr unterschiedlich groß sind. Die meisten sagen, diese Themen seien in der Schule unzureichend vermittelt worden (vgl. Kapitel 2.2.2 Sexualaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns). Zwar haben alle Befragten schon von HIV/AIDS gehört und in diesem Zusammenhang auch, dass Kondome schützen – kaum einer weiß jedoch Bescheid über alle Übertragungswege, den heutigen medizinischen Stand, die Behandelbarkeit der Infektion und noch weniger über deren Folgen für das Leben der HIV-Infizierten. Auch über die verbreiteten Stigmatisierungen, denen HIV-Infizierte, vor allem aufgrund dieser Unwissenheit heute immer noch ausgesetzt sind, wissen die Jugendlichen zu wenig. Durch die Interviewbefragung wurde deutlich, dass die wenigsten SchülerInnen selbst einen HIV-Infizierten (bewusst) kennen, und damit bleibt die Thematik außerhalb ihres Lebensraums und Bezugsrahmens. Ebenso ist das Wissen über andere sexuell übertragbare Infektionen, die, im Gegensatz zu einer HIV-Infektion, gerade in der jugendlichen Sexualität von größter Bedeutung sind, mehr als defizitär. Ein Teil der befragten Schülerinnen hat Informationen von ihrer Frauenärztin oder ihrem Frauenarzt bekommen, vorausgesetzt, diese oder dieser nimmt ihre/seine Aufklärungsfunktion ernst. Die männlichen Schüler bekommen diese Informationen überhaupt nicht und damit bleibt auch dieses Thema für den Großteil der SchülerInnen solange unreflektiert, bis sie entweder selbst einmal von einer sexuell übertragbaren Infektion betroffen sind, oder eventuell im Bekanntenkreis davon hören. In der schulischen Sexualaufklärung bleiben andere sexuell übertragbare Infektionen als HIV gänzlich unerwähnt, und das Elternhaus thematisiert Kondome größtenteils nur im Zusammenhang mit Schwangerschaft und HIV/AIDS. Die Vorlesung greift dieses Bewusstseinsdefizit auf und vermittelt den SchülerInnen weitgehend neue Informationen rund um HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen. So wird unter anderem ausführlich die Infektion mit Chlamydien behandelt, die gerade im Jugendalter sehr verbreitet ist, aber, un erkannt und damit unbehandelt, oft zu fatalen Spätfolgen führen kann (vgl. Kapitel 2.3 Gesundheitliche Risiken jugendlicher Sexualität). Die Darstellung einzelner Symptome und Verläufe der unterschiedlichen Geschlechtskrankheiten erfolgt durch Bildmaterial, das teilweise als sehr drastisch

empfundene, jedoch gleichzeitig von den SchülerInnen als sehr realitätsnahe Vermittlungsmethode wahrgenommen wird. Alle durch Interviews befragte SchülerInnen nennen zu Beginn der Befragung unaufgefordert das Bildmaterial, das offensichtlich einen bleibenden Eindruck hinterlassen hat, da es einerseits aufrüttelt und andererseits sehr anschaulich darstellt, was ansonsten nur theoretisch vermitteltes Wissen geblieben wäre. Neben den detaillierten Informationen und Statistiken zu HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen wird die Vorlesung inklusive Bildmaterial als sehr interessant bewertet und in Kontrast zur schulischen Aufklärung gesetzt. Schulische Aufklärung variiert sehr stark von Lehrkraft zu Lehrkraft und ist in Bayerns Lehrplänen nicht konkret genug dargestellt (vgl. Kapitel 2.2.2 Sexualaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns). Zudem ist das schulische Umfeld bezüglich des Umgangs mit Sexualität oft überfordert (vgl. Kapitel 2.2.1 Jugend und Sexualerziehung). Diese Überforderung wurde von den befragten SchülerInnen sowohl in den eigenen Reihen als auch von Seiten der Lehrer beobachtet. In diesem Zusammenhang wurde die offene und selbstverständliche Kommunikation über Sexualität, wie sie in der Vorlesung stattfindet, als ungewohnt positiv empfunden. Dies zeigt, dass es gerade im Jugendalter, wenn Sexualität „gelernt“ wird, besonders wichtig ist, offen über sie zu sprechen. Neben Missverständnissen und mangelnder Kenntnis verursachen Kommunikationsprobleme zwischen den Geschlechtern zudem eine mangelnde Umsetzung von Verhütungsmaßnahmen oder aber Verhütungsfehler (vgl. Sanders, S. et al. 2011; Bass, J. 2012). Hier leistet die Vorlesung einen wesentlichen Beitrag zum Umdenken, da das Setting der Präventionsmaßnahme in einem Universitätsklinikum als wissenschaftlich eingeschätzt wird und dann gerade dort offen über Sexualität gesprochen wird. Zudem trägt der Veranstaltungsort in einem studentischen Hörsaal sehr wahrscheinlich dazu bei, dass das Verhalten der SchülerInnen in Bezug auf die Thematik „Sexualität“ weniger mit Scham besetzt ist, als es in der Schule oder im Elternhaus der Fall wäre. Auch wenn es sich bei der Vorlesung um ein konservatives Setting mit Vortragsatmosphäre handelt, lässt sich deutlich feststellen, dass aufgrund der Ausführlichkeit mit der die Thematik dargestellt wird und dem ungewohnt offenen Umgang mit derselben, großes Interesse geweckt wird und dies zu allgemeiner Zufriedenheit führt. Vermutungen über ein Abschrecken oder Überfordern der SchülerInnen, welche durch die offene Darstellung der Thematik „HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen“ erfolgen könnte, kann dadurch widerlegt werden, dass sich die Einschätzung des Risikos, sich mit HIV/AIDS oder einer anderen

Geschlechtskrankheit zu infizieren, in der Längsschnittstudie nicht erhöht hat. Dies spricht eindeutig gegen eine ‚Gefahren-Abwehr-Pädagogik‘ (Timmermanns 2008: 209), könnte jedoch auch als Unwirksamkeit der Vorlesung im Sinne von fehlender Nachhaltigkeit gedeutet werden. Allerdings äußerten sich die befragten SchülerInnen in den Interviews sehr deutlich darüber, dass ihre persönliche Achtsamkeit in Bezug auf HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen durch die bildhafte Darstellung des theoretischen Wissens eindeutig gestiegen sei. Zudem konnte ein signifikanter Zuwachs bezüglich der vermittelten Kenntnisse beobachtet werden. Dieser ist nach drei Monaten immer noch vorhanden und bezieht sich auf die Symptome, die auf eine sexuell übertragbare Infektion hinweisen: die Flüssigkeiten der HIV-Übertragung, den Kondomschutz und den Zeitpunkt des HIV-Tests. Es zeigte sich, dass das abgefragte Wissen der SchülerInnen mit zunehmendem Bildungsniveau⁸⁷ steigt (vgl. Kapitel 5.2.2.3 Schulart und Kenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen). Die SchülerInnen eignen sich also nachweislich neue konkrete Kenntnisse in der Vorlesung an, die wesentlich für einen bewussten Umgang mit ihrer sexuellen Gesundheit sind. Außerdem konnte in der Längsschnittstudie eine signifikante Erhöhung einer ‚präventiven Haltung‘ beobachtet werden, die die Bereitschaft ein Kondom dabei zu haben und die Planung des Zeitpunkts des Sexualverkehrs betrifft. Mehr SchülerInnen haben folglich drei Monate nach der Vorlesung ein Kondom bei sich oder geben an, sich zu überlegen, wann sie Sexualverkehr haben, was wiederum beides für eine höhere Achtsamkeit im Umgang mit ihrer sexuellen Gesundheit spricht. Ebenso zeigte die Abfrage nach der Meinung, ob ein Kondom verwendet werden sollte, auch wenn das Mädchen die Pille zur Verhütung einnimmt, einen signifikanten Zuwachs an Ja-Antworten im zeitlichen Verlauf. Damit sind signifikant mehr SchülerInnen der Meinung, dass ein Kondom verwendet werden sollte, auch wenn das Mädchen die Pille einnimmt und beide Geschlechtspartner nicht in einer festen Beziehung miteinander stehen. Nach der Vorlesung gaben zahlreiche SchülerInnen an, sich auf HIV testen zu lassen. Die Umsetzung dieses Vorhabens konnte im Zeitverlauf durch die Längsschnittuntersuchung nicht bestätigt werden. Jedoch liegt von Seiten des Referats für Gesundheit und Umwelt der Stadt München eine Rückmeldung vor (vgl. Jahresbericht AIDS-Beratungsstelle 2011: 35). Danach wurden zahlreiche SchülerInnen in der dortigen Beratungsstelle vorstellig, um sich auf eine HIV-Infektion testen zu lassen, wobei sie sich auf die Vorlesung beriefen.

⁸⁷ Das Bildungsniveau wurde anhand der Schulart definiert. Schon bei der ersten Befragung vor der Vorlesung konnte beobachtet werden, dass mit zunehmendem Bildungsniveau das Vorwissen der befragten SchülerInnen steigt.

Die Abfrage nach der Einschätzung zum Kondomgebrauch im Freundeskreis ergab keine signifikante Veränderung und konnte damit nur als Statusabfrage dienen. Hier zeigte sich, dass annähernd 80% davon ausgehen, dass ihre Freunde immer oder häufig Kondome verwenden. Man kann demnach davon ausgehen, dass 80% der befragten SchülerInnen Kondome verwenden (würden).⁸⁸

Die Interview-Befragung zeigte zudem, dass die Vorlesung eine Auswirkung auf die Bereitschaft hat sich impfen zu lassen beziehungsweise sich seinen Impfstatus ins Bewusstsein zu rufen.⁸⁹ Von allen 26 Interviewten gab ein Schüler an, dass er sich aufgrund des Besuchs der Vorlesung hatte impfen lassen und eine Schülerin überprüfte den Zeitraum seit der letzten Hepatitis-Impfung bezüglich einer Auffrischung.⁹⁰

Ebenso wurde sehr häufig in den Interviews geäußert, dass das gezeigte Bildmaterial der Selbstuntersuchung und Achtsamkeit dient und die Bereitschaft erhöht, bei Unklarheiten einen Arzt aufzusuchen oder sich bei einer Beratungsstelle beraten zu lassen. Dies kann wiederum durch die statistische Längsschnittstudie bestätigt werden. Das eingesetzte Bildmaterial zur Unterstützung der theoretischen Informationen schafft demnach ein Bewusstsein dafür, künftig gründlicher auf unklare Hautveränderungen oder auftretende körperlich Symptome einzugehen; es wurde auch genannt, dass diese Zeichen vor der Vorlesung beachtet wurden, weil sie aus Unwissenheit sehr wahrscheinlich übersehen worden wären. Dies bestätigt ein höheres Gesundheitsbewusstsein, das sich aufgrund der gegebenen Informationen einstellt und als vermittelte sekundäre Präventionskompetenz bezeichnet werden kann. Da sexuell übertragbare Infektionen niemals gänzlich vermeidbar sein werden, sollte das Ziel einer Präventionsmaßnahme neben einer Sensibilisierung für den Kondomgebrauch, die Sensibilisierung für Vorsorgeuntersuchungen und eine erhöhte

⁸⁸ Bei der Eingabe der Fragebögen der Längsschnittstudie trat das Problem auf, dass die Zuordenbarkeit der Fragebögen zur jeweilig schon befragten Person nicht immer möglich war oder bei der Wiederholungsbefragung nicht alle Antworten angekreuzt wurden. Dadurch konnte eine Längsschnittuntersuchung im Zeitverlauf von drei Monaten für einzelne Fragen des Fragebogens aufgrund fehlender Werte und der daraus resultierenden zu geringen Grundgesamtheit nicht durchgeführt werden. Das betrifft unter anderem die Frage, ob die Vorlesung die Bereitschaft erhöht, zum Arzt zu gehen, um sich dort über Verhütungsmittel beraten zu lassen. Es lässt sich keine Aussage darüber treffen, ob sich SchülerInnen in den drei Monaten, die zwischen der ersten und dritten Befragung lagen, nochmals von einem Arzt rund um ihre Sexualität beraten ließen. Ebenso konnte über eine Auswirkung der Vorlesung auf das Impfverhalten gegen Hepatitis A und B und humane Papillomviren in der Längsschnittstudie keine Aussage gemacht werden.

⁸⁹ Auffällig war, dass 30% der SchülerInnen ihren Hepatitis-Impfstatus überhaupt nicht kannten. Durch das Ansprechen von Hepatitis und der dazugehörigen Impfung bekommen die SchülerInnen überhaupt erst die Möglichkeit sich damit auseinanderzusetzen, da ihnen das nötige Basiswissen fehlt.

⁹⁰ Diese waren beide SchülerInnen, die zum Zeitpunkt der Vorlesung noch nicht wussten, dass sie drei Monate später in einem Interview befragt würden. Es kann demnach nicht argumentiert werden, dass sie deshalb aufmerksamer gewesen sein könnten.

Achtsamkeit für den eigenen Körper sein. Es gilt eine rechtzeitige Behandlung zu ermöglichen und Spätfolgen zu vermeiden.

Zudem wurde durch die geführten Interviews deutlich, dass einige SchülerInnen als Multiplikatoren wirken, da sie nach Besuch der Vorlesung mit ihren PartnerInnen oder FreundInnen über das vermittelte Wissen sprachen. Dieses spätere Aufgreifen der behandelten Thematik führt zu einer erneuten Auseinandersetzung und Weitergabe der Informationen, was nicht zuletzt die Kommunikation über Sexualität und deren mögliche Folgen wieder in den Fokus rückt und schon allein deshalb hilfreich ist.

Die drei Untersuchungsinstrumente, die für die Einschätzung und Bewertung der Vorlesung herangezogen wurden, nämlich eine Feedbackbogen-Befragung, eine Längsschnittstudie durch Fragebögen und eine Interviewbefragung, geben zusammen ein sehr konkretes Bild vom Nutzen der Veranstaltung. Wenn man davon ausgeht, dass das einzige als wiederholt negativ bewertete Kriterium die Dauer der Veranstaltung ist⁹¹ – vor allem einzelne Themenblöcke, die dazu führen, dass sich einzelne besser informierte SchülerInnen an manchen Stellen gedulden mussten – ist die Vorlesung als sehr effektiv zu bewerten. Dies gilt nicht nur für die Sicht der SchülerInnen, sondern auch für den objektivierbaren Nutzen, den die Vorlesung für die Befragten mit sich bringt. Neben dem anhaltenden Zuwachs von spezifischen Kenntnissen bekommen die SchülerInnen Kompetenzen vermittelt, die einer Erweiterung des sexuellen Gesundheitsbewusstseins dienen und vom Großteil auf die eine oder andere Weise angenommen werden. Auf dieser Basis ist es den Heranwachsenden möglich, ein Verhütungsverhalten zu sexuell übertragbaren Infektionen zu entwickeln, das zum Zeitpunkt der Befragung bei über der Hälfte der SchülerInnen aufgrund von fehlender Erfahrung mit Sexualverkehr nicht vorhanden ist. Damit leistet die Vorlesung einen wesentlichen Beitrag zur Sexualaufklärung der SchülerInnen. Dies liegt daran, dass die Thematik ‚Sexualität‘ gesellschaftlich, und erst recht im Jugendalter noch immer mit Scham behaftet ist und die Vermittlung und der Austausch rund um die Sexualität in der Schule oder im Elternhaus zum größten Teil nur sehr ungenügend oder gar nicht stattfinden.

Zwar wird die Vorlesung als Frontalunterricht dargeboten, der aus pädagogischer Sicht oft als uneffektiv und veraltet gilt (vgl. Timmermanns 2008: 5). Dennoch hat eben diese Veranstaltung einen verblüffenden positiven Effekt auf das Gesundheitsbewusstsein der SchülerInnen und bestätigt damit die neusten Erkenntnisse von Schwerdt und West (2012).

⁹¹ Durch die Feedbackerhebung wurde deutlich, dass einige SchülerInnen mit der Dauer der Vorlesung nicht zufrieden sind. Da diese über drei Stunden abgehalten und keine Pause angedacht wird. Einige nannten jedoch auch, dass die Vorlesung trotz ihrer Dauer durchgehend mitreißend und interessant gewesen sei.

Diese besagen, dass Frontalunterricht effektiver sei als andere Lernmethoden, was jedoch nicht der aktuellen wissenschaftlichen Debatte entspricht. Schwierig gestaltet sich indes eine Aussage darüber, ob die jungen Leute ihr Verhütungsverhalten, aufgrund auf der Vorlesung ändern werden.

Denn es zeigte sich, dass mehr als die Hälfte⁹² der befragten SchülerInnen zum Zeitpunkt des Besuchs der Vorlesung und der damit zusammenhängenden Befragungen noch keinen Geschlechtsverkehr hatten und damit kein zu modifizierendes Verhütungsverhalten gegeben ist. Ebenso ist die Untersuchung eines geplanten Verhaltens beziehungsweise einer Meinung der SchülerInnen zu etwas, womit sie selbst noch keine Erfahrung haben, wenig aussagekräftig. Zudem nimmt das Sexualverhalten im Kontext einer Verhaltensvorhersage eine besondere Rolle ein, da es sich dabei, gerade im Jugendalter, um ein zu lernendes, emotional aufgeladenes und mit Unsicherheiten verbundenes Verhalten handelt (vgl. Kluge 1998), das in der Vorstellung idealisiert wird.

Trotzdem bleiben unstrittig die Zufriedenheit der SchülerInnen und ein signifikanter Zuwachs an Kenntnissen. Was jedoch führt zu dieser Zufriedenheit der SchülerInnen und diesem Wissenszuwachs, wenn die Methode laut wissenschaftlicher Debatte (vgl. Timmermann 2008) als wenig schülerInnenfreundlich und wenig effektiv sein soll?

Betrachtet man die Methode ‚Vorlesung‘ als nebensächlich und konzentriert sich auf die Fakten der Untersuchung, so wird deutlich, dass es sich bei Sexualität und damit verbundenem Verhalten um eine Thematik handelt, die sowohl in der Schule als auch in der Familie und damit in der Gesellschaft nicht ausreichend und klar angesprochen wird. Das heutige Selbstverständnis von einer scheinbar befreiten und für beide Geschlechter emanzipiert gelebten Sexualität und dem damit verbundenen offenen Umgang mit der Thematik stellt sich an dieser Stelle als Trugschluss heraus (vgl. Michel Foucault 1983 & 1989). Was heißt das im Hinblick auf die Effektivität der Vorlesung, also damit auch auf die vorliegende Arbeit?

Die Debatte um die richtige oder effektivere Methode zur Prävention der sexuellen Gesundheit bei Jugendlichen sollte an dieser Stelle nicht aus herkömmlicher Sicht weitergeführt werden. Im Laufe der Untersuchung wurde deutlich, dass es sehr wahrscheinlich dem Umgang und der Darstellung von Sexualität und den damit verbunden Infektionen zuzuschreiben ist, dass die ZuhörerInnen so viel Anteil an der Vorlesung nehmen. Auch der wesentliche Gewinn, den die SchülerInnen aus der Veranstaltung ziehen

⁹² 54,9% der befragten SchülerInnen hatten zum Zeitpunkt der ersten Befragung noch keinen Sexualverkehr, n=1763.

kann dieser Ursache zugeschrieben werden, obwohl es sich eher um eine interessante Vorlesung handelt und nicht um ein interaktives Präventionsprogramm. Es ist auffallend, dass die SchülerInnen im Nachhinein neben der Offenheit im Umgang mit der Thematik hauptsächlich über die bildliche Darstellung der sexuell übertragbaren Erkrankungen berichten, von denen sie aus anderer Quelle noch nie etwas gehört hatten (vgl. Kapitel 5.3.2.3 Aufbereitung der Thematik und verwendete Materialien & 5.3.3 Nachhaltigkeit – Erinnerungen an den Vortrag).

Die Vorlesung kann folglich aufgrund ihrer Wissensvermittlung und Anschaulichkeit von der sonst sehr zurückhaltend behandelten oder gar ganz ausgesparten Thematik als notwendige Basis für einen weiteren gesundheitsbewussten Umgang mit sich selbst, dem eigenen Körper und seiner Partnerin oder seinem Partner gedeutet werden. Die Vorlesung ruft so viel positive Resonanz hervor, da hier Inhalte vermittelt werden, die normalerweise weder in der Schule noch im Elternhaus so ausführlich, offen und selbstverständlich dargestellt werden. Angesprochen werden Nebenwirkungen von HIV-Medikamenten und Krankheitssymptome von Geschlechtskrankheiten, durch Bildmaterial verdeutlicht. Es geht um anonyme Patientengeschichten, die sonst nur in der Klinik erzählt werden und Kurzgeschichten, die der jugendlichen Entwicklung von Sexualität entsprechen. Vielleicht spielt auch eine Rolle, dass der Vortragende ‚ein erwachsener promovierter Mann‘, selber umgangssprachlich ‚Schwanz-Lutschen‘ sagt, wenn er die Risiken von Fellatio darstellt.

Des Weiteren könnte man die Diskussion aufgreifen, ob eine Aufklärungsstrategie, die auf Risiken und Symptome abzielt, eine sinnvolle und längerfristige Präventionsmaßnahme ist. Selbstverständlich ist es jedoch, dass ohne ausreichende Information über mögliche Risiken überhaupt kein Gesundheitsverhalten entwickelt werden kann. Jede Prävention beginnt notwendigerweise mit der Vermittlung von Informationen, auf deren Basis sich bestimmtes Verhalten entwickelt (vgl. Kapitel 3.2 Modelle zur Erfassung einer Änderung des Gesundheitsverhaltens). Eine Änderung des Verhütungsverhaltens ist schon aufgrund der Unerfahrenheit eines Großteils der SchülerInnen nicht möglich. Vielmehr – und das wird durch die Interviews deutlich – wird der oder die BesucherIn der Vorlesung auf gesundheitliche Risiken aufmerksam gemacht, indem der Fokus bei sexuell übertragbaren Infektionen auf die Symptome gelegt wird, wodurch ein Bewusstsein erst geschaffen werden kann.⁹³ Festzustellen ist, dass die SchülerInnen zwar im Nachhinein keine

⁹³ Es handelt sich dabei um eine sehr konkrete Form der Informationsbereitstellung, die eine notwendige Voraussetzung für ein Gesundheitsbewusstsein ist.

einzelnen Krankheiten und deren Symptome differenzieren können, jedoch scheint die Darstellung der Symptome in Verbindung mit den Krankheiten einen gewissen Eindruck zu hinterlassen, der die SchülerInnen anregt, bei Unklarheiten eher zum Arzt zu gehen als zuvor.

Zudem ist Sexualverhalten mehr als nur Koitus. Es geht bei den Jugendlichen um das ‚Erlernen‘ von Intimität und Sexualität und in diesem Zusammenhang um einen bewussten und selbstverantwortlichen Umgang mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit.⁹⁴

Die Vorlesung ‚Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten‘ setzt an dem Punkt an, an dem die schulische Sexuaufklärung Schwächen hat. Sie vertieft das vorhandene Wissen der SchülerInnen.

Betrachtet man zunächst das Niveau der Aufgeklärtheit der oberbayerischen SchülerInnen so wird deutlich, dass dieses aufgrund der schulischen Umsetzung der sehr unkonkreten Lehrpläne zur Sexuaufklärung und der Problematik der Thematik allgemein sehr unterschiedlich ist. Eine logische Schlussfolgerung ist, dass das in der Vorlesung vermittelte Wissen über sexuell übertragbare Infektionen und der Umgang mit der jugendlichen Sexualität Voraussetzung ist für eine Reflektion über den eigenen Gesundheitszustand. Erst dadurch wird eigenverantwortliches Verhalten möglich. Das kann bedeuten, dass die oder der Betroffene einen Arzt aufsucht, da sie/er verschiedene Symptome und den Verlauf einzelner Geschlechtskrankheiten vermittelt bekam, ganz gleich, ob sie/er sich noch an die konkreten Namen erinnert.

Heutzutage neigen Sexualpräventionsmaßnahmen dazu, die Folgen und Probleme auszublenden und erheben gleichzeitig den Anspruch, dass sich das Sexualverhalten gesundheitsförderlich verändert. Allerdings sollte eher auf eine realitätsnahe und realistische Weise vermittelt werden, was geschehen kann und was in welchem Fall zu tun ist. Die Schule blendet diese Thematisierung in der Regel aus.

Das Thema Verhütung spielt nur in Bezug auf Schwangerschaften und eine Infektion mit HIV/AIDS eine Rolle. Die jugendliche Kommunikation über Sexualität und andere sexuell übertragbare Infektionen bleiben im Schulunterricht dagegen außen vor.

Wie durch die Interviews deutlich wurde, wird selbst nach besuchter Vorlesung weiterhin nur über Schwangerschaften und HIV/AIDS berichtet, wenn es um das Thema Verhütung mit Kondom geht. Dies deutet darauf hin, dass das vermittelte und immer wieder gehörte Wissen aus der Schule stark internalisiert ist und es von Vorteil wäre, wenn die Lehrpläne

⁹⁴ Sexualität geht weit über den Begriff der biologischen Fortpflanzung hinaus (vgl. Runkel 2003: 6). Dannenberg & Stich (2002) drücken dies so aus: „Die Wahrheit des Sexuellen liegt in der Unmöglichkeit es zu definieren“ (ebd.: 13).

um die jeweiligen Themen erweitert und durch entsprechende Unterrichtskonzepte konkretisiert würden.⁹⁵ Eine realitätsnahe Risikoaufklärung ist notwendig, um Risiken abschätzen zu können, faktisch Symptome zu erkennen und damit Spätfolgen erfolgreich zu vermeiden. Die offene Kommunikation über Sexualität ist ebenso eine bedeutende Voraussetzung für die Entwicklung eines selbstbewussten und gesunden Sexualverhaltens. Hier leistet die Vorlesung „Die HIV-Infektion und andere sexuell übertragbare Krankheiten“ einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung zur Primär- und Sekundärprävention.

⁹⁵ Das Präventionskonzept ‚Lieben in Zeiten von Aids‘ (vgl. Kapitel 2.2.2 Sexuaufklärung und HIV-Prävention bei Jugendlichen in der Schule am Beispiel Bayerns) ist ein gutes Beispiel, wie man Jugendliche stärkt und ihnen Kompetenzen für eine selbstbestimmte und eigenverantwortliche Sexualität vermitteln kann.

7. Literaturverzeichnis

- Advocates for Youth (2008): Science and Success. Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and Sexually Transmitted Infections. 2. Auflage. Washington DC. Aufgerufen am 26.03.2012 unter <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/sciencesuccess.pdf>
- AIDS-Beratungsstelle (2011): Jahresbericht 2011 der AIDS-Beratungsstelle (ABS) an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Apter, D. (2011): Sexualerziehung in Finnland: Aktuelle Entwicklungen und Konsequenzen. In: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, BZgA, Köln. S. 3-8.
- Barabas, F. (2008): Jugendrecht und Sexualerziehung. In: Schmidt, R. B.; Sielert, U. 2009: Handbuch der Sexualerziehung und Sexuelle Bildung. Juventa. Weinheim & München.
- Bass, J. (2011): Researchers: Prevalence of improper condom use a public health issue worldwide. Indiana University. Veröffentlicht am 22.02.2012. Aufgerufen unter http://www.eurekalert.org/pub_releases/2012-02/iu-rpo022112.php (28.09.2012)
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (1989): Richtlinien für die AIDS-Prävention an den bayerischen Schulen. GemBek vom 15. März 1989 (KWMBI I S. 72), geändert durch KMBek vom 30. August 1989 (KWMBI I S. 265)
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2002): Richtlinien für die Familien- und Sexualerziehung in den bayerischen Schulen. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 12. August 2002 Nr. VI/8- S44002/41-6/71325.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2004): LIZA – Lieben in Zeiten von Aids.
- Bayerische Staatszeitung 2012: Wer sagt es unserem Kinde? 7. Dezember 2012. Seite 4.
- Bearman, P., & Brückner, H. (1999). Power in numbers: Peer effects on adolescent girls' sexual debut and pregnancy. New research from the National Campaign To Prevent Teen Pregnancy. S. 7-27. Aufgerufen unter: <http://www.mltei.org/cqn/Adolescent%20Development/Resources/Risk%20Behaviors/Bearman%20&%20Brucker,%20Power%20In%20Numbers-peer%20effects.pdf> (23.10.2011)
- Bearman, P.; Moody, J.; Stovel, K: (2004): American Journal of Sociology, Vol. 100, No. 1. Chains of affection: The structure of adolescent romantic and sexual networks.
- Brandt, A.M. (1987): No magic Bullet. A social history of venereal disease in the United States. Oxford University Press. New York. S. 183-204.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. 1. Auflage. Edition Suhrkamp.

- Brockmeyer, N.H. (2011): HIV, HPV, Hepatitis, Herpes und Chlamydien – sexuell übertragbare Infektionen sind Alltag in Deutschland. Pressemeldung. Kompetenznetz HIV. 30.11.2011
- Brockmeyer, N. & Potthoff, A. (2010): Sexuell übertragbare Krankheiten. HIV und sexuell übertragene Erkrankungen – Was gibt es Neues? In: Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie 2010. (Hrsg) Ruzicka, Th.; Wolff, H.; Thomas, P.; Prinz (2011). S. 498-500. Springer Verlag.
- Brewer, N.; Rimer, B.(2008): Perspectives on Health Behavior Theories That Focus on Individuals. In: Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice, 4. Auflage. S. 1-13.
- Brunner, Eva (2005): The motives for and against using condoms among adolescents: A study using Mixed Methods. European Journal of Medical Research, 10. S. 66-67
- Bundesministerium für Gesundheit (1999): AIDS-Bekämpfung in Deutschland. Eigenverlag, Bonn.
- Bundesverfassungsgericht 47, 46, 67: Bundesverfassungsgericht – Sexualkundeunterricht. Beschluss des Ersten Senates vom 21. Dezember 1977 – 1BvL.1/75 u.a.
- Bundesverfassungsgericht (2009): - 1 BvR 1358/09 –
- Bonfadelli, H. (1988): Gesundheitskampagnen in den Massenmedien: Kommunikationstheorie für Kommunikationspraxis. Sozial- und Präventivmedizin, 33. S.86-92.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1987): Konzeption der Aufklärungskampagne. BZgA. Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 15. BZgA. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003): Wiederholungsbefragung AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2003. Endbericht. Eigenverlag, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004a): Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen, Werte und Methoden zur Sexualaufklärung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. BZgA. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004b): Wiederholungsbefragung AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2004. Endbericht. Eigenverlag, Köln.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17 jährigen und ihren Eltern 2010. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Pressemitteilung 27.03.2012, Berlin & Köln.
- Centers for Disease Control and Prevention (1981): Pneumocystis Pneumonia –Los Angeles. In: Morbidity and Mortality Weekly Report. Volume 30, Nr. 21. (05.06.1981)
- Centers for Disease Control and Prevention (2001): First Report of Aids. In: Morbidity and Mortality Weekly Report. Volume 50, Nr. 21. (01.06.2001)
- Centers for Disease Control and Prevention (2006): Youth risk behavior surveillance— United States, 2005. Surveillance Summaries, June 9, 2006. In: Morbidity and Mortality Weekly Report, 55.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011): Condom Fact Sheet In Brief. Aufgerufen unter <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/docs/CondomFactsheetInBrief.pdf> (28.09.2012)
- Chinsembu, K. (2009): Sexually Transmitted Infection in Adolescents. The Open Infectious Diseases Journal, 3. S. 107-117
- Christiansen, G.; Töppich, J. (2000): AIDS – Wissen, Einstellungen und Verhalten 1987-1999. Ergebnisse der jährlichen Repräsentativerhebung AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 43. S. 669-676.
- Damm, C.; Lehmann, H.; Marsen-Storz, G. et al. (1990): Die personalkommunikative AIDS-Aufklärungskampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Prävention, 3. S. 98-102.
- Dannecker, M. (1994): Im Liebesfall. Aktuell - Das Magazin der Deutschen AIDS Hilfe 7. S. 16-20.
- Dannecker, M. (2002): HIV-Prävention und Sexualität. In: Aids-Forschung Schweiz 2002, S. 36-40.
- Dannenbeck, M.; Stich, J. (2002): Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter. Aushandlungsprozesse im Geschlechterverhältnis. Eine quantitative Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- Deutscher Bundestag (1990): AIDS – Fakten und Konsequenzen. Endbericht der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestags „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu deren Eindämmung“. Deutscher Bundestag, Bonn.
- Diekmann, A. (2002): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 8. Auflage. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek.

- Dilorio, C.; Dudley, W. N.; Soet, J. E. et. al. (2004): Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: The moderating role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*. 35. S. 11-20.
- Dittus, P. J. & Jaccard, J. (2000): Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: Relationship to sexual outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 26. S. 268–278.
- European Centre of Disease Prevention and Control (2012): Most Common STI in Europe. Aufgerufen unter <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/spotlight/chlamydia/Pages/KeyMessage1.aspx> (21.03.2012)
- Elkind, D. (1967): Egocentrism in Adolescence. In: *Child Development*, 38. Nr. 4. S. 1025-1034.
- Etschenberg, K. (2001): Homosexualität als Thema schulischer Sexualerziehung unter Berücksichtigung des Biologieunterrichts. In: *Querschnitt – Gender Studies. Ein interdisziplinärer Blick nicht nur auf Homosexualität.* (Hrsg): Hahlbohm, P.; Hurlin, T. (2001). Verlag Ludwig. Kiel. S. 153-166.
- Fatke, R. (1991): Freundschaft im Jugendalter als Ritus? Empirische und theoretische Antworten. In: Klosinski, G.: *Pubertätsriten*; 1. Auflage. Hans Huber Verlag. 1991. Bern.
- Feinberg S.E. & Tanur J.M. (1983): Large-scale social surveys: Perspectives, problems, and prospects. In: *Behavioral Science*, 28. S. 135–153.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison Wesley.
- Franzetta, K.; Terry-Humen, E.; Manlove, J. et. al. (2006): Trends and recent estimates: Contraceptive use among U.S. teens. Washington DC: Child Trends. Aufgerufen am 22.03.2012: www.childtrends.org/files/contraceptivesrb.pdf
- Foucault, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1*; 1. Auflage. Suhrkamp Taschenbuch. Frankfurt am Main.
- Foucault, Michel (1984): *Von der Freundschaft, Michel Foucault im Gespräch.* Merve Verlag. Berlin.
- Foucault, M. (1989): *Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit 2*; 1. Auflage. Suhrkamp Taschenbuch. Frankfurt am Main.
- Gauweiler, P. (1989): *Was tun gegen AIDS? Wege aus der Gefahr.* Verlag R.S. Schulz, Percha am Starnberger See
- Gille, G. & Klapp, C. (2007): Chlamydia-trachomatis-Infektionen bei Teenagern. In: *Der Hautarzt*, 58/1. S. 31-37.

- Gille, G.; Klapp, C. et. al. (2005): Chlamydien – Chlamydien – eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Prävalenzbeobachtung bei jungen Mädchen in Berlin. Deutsches Ärzteblatt 2005, 102. S.28–29.
- Greenwald A. (1980): The totalitarian ego: Fabrication and Revision of Personal History. In: American Psychologist, 35. S. 603–618.
- Gürtler, L. (2007): HIV – Prävention und Aufklärung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Band 50. S. 397-527. (Heft 4)
- Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Biddle, S. J. H. (2002): A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. In: Journal of Sport & Exercise Psychology, 24. S. 3-32.
- Hamouda, O.; Marcus, U.; Voß, L.; Kollan, C. (2007): Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Band 50. S. 399-411 (Heft 4)
- Hardy, I.; Jonen, A.; Möller, K.; Stern, E. (2006): Effects of Instructional Support within Constructivist Learning Environments for Elementary School Students' Understanding of "Floating and Sinking". In: The journal of educational psychology, 98 (2). S.307-326.
- Hasenhüttl, Erika (1997): Wenn der Samen mit dem Ei – Sexualerziehung ohne Lust und Liebe. Döcker Verlag, Wien.
- YM Magazine (1998): YM Magazine national survey of teens: Teens talk about dating, intimacy, and their sexual experiences. Henry J. Kaiser Family Foundation. Publikationsnummer: 1373. Aufgerufen am 25.03.2012 auf www.kff.org/youthhivstds/1373-datingrep.cfm
- Hillmann, K.-H. (1994): Wörterbuch der Soziologie. 4. Auflage. Körner Verlag. Stuttgart.
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2007). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2.Auflage. Huber Verlag. Bern.
- Jemmott, J. B.; Jemmott, L. S.; & Fong, G. T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. In: American Journal of Public Health, 82. S. 372 –377.
- Jemmott, J. B; Jemmott, L. S.; Fong, G. T. (1998): Abstinence and safer-sex HIV risk reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. In: Journal of the American Medical Association, 279. S. 1529 – 1536.
- Kerscher, K.-H. (2008): Sexualmoral und Sexualerziehung in Vergangenheit und Gegenwart. Zu den Grundlagen der Sexualpädagogik. Grin Verlag. Norderstedt.
- Kirby, D. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing. In: Journal of Sex Research, 39. S. 51 – 57

- KIM (2008): KIM-Studie 2008. Kinder und Medien. Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. (Hrsg): Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. Stuttgart.
- Klapp, C. (2007): Blickpunkt: Der Mann, 3. S. 24-27. (Österreich)
- Kowaleski-Jones, L., & Mott, F. L. (1998): Sex, contraception and childbearing among high-risk youth: Do different factors influence males and females? In: Family Planning Perspectives, 30. S. 163 – 169.
- Kluge, N. (1998). Sexualverhalten Jugendlicher heute. Weinheim: Juventa
- Lammers, C.; Ireland, M. & Resnick, M. (2000): Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. Journal of Adolescent Health, 26. S. 42-48.
- Leigh, B.; Stall, R. (1993): Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. In: American Psychologist, 48(10). S. 1035–1045.
- Liao, W.; Jiang, J.; Yang, B.; Zeng, X.; Liao, S. (2010): A Life-skills-based HIV/AIDS Prevention Education for Rural Students of Primary Schools in China: What Changed? What Have We Learned? In: Biomedical and Environmental Sciences, 23. S. 409-419.
- Marcus, U. (2007): Präventionsstrategien zur Eindämmung der HIV-Epidemie. Erfolge, Probleme und Perspektiven. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Band 50. S. 412-421 (Heft 4)
- Michel-Schmidpeter-Preis 2012. Wer war Michael Schmidpeter? Aufgerufen unter: <http://www.schmidpeter-preis.de/wer-war-michael-schmidpeter.htm> auf (30. Januar 2012).
- „Mit Sicherheit verliebt“-Homepage 2013. Aufgerufen unter: <http://www.sicher-verliebt.de/> (02. August 2013).
- Naidoo, J.; Wills, J. (2002): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- Nathanson, C. A., & Becker, M. H. (1986): Family and peer influence on obtaining a method of contraception. In: Journal of Marriage and the Family, 48. S. 513-525.
- Oerter, R. (1982). Interaktion als Individuum-Umwelt-Bezug. In: Lantermann, E.-D. (Hrsg.), Wechselwirkungen. Psychologische Analysen der Mensch-Umwelt-Beziehungen. Hogrefe. Göttingen. S. 101-127.
- O'Leary, A., Goodhart, F., Jemmott, L. S. & Boccher-Lattimore, D. (1992): Predictors of safer sexual behavior on the college campus: A social cognitive analysis. In: Journal of American College Health, 40. S. 254-263.

- Orbell, S. & Sheeran, P. (1998): Does intention predict condom use? A meta analysis and test of four moderators. In: *British Journal of Social Psychology* 37. S. 231-250.
- Pant, A. (2003): Sexualverhalten. In: *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. (Hrsg.) Jerusalem, M. Hogrefe-Verlag, Göttingen. S. 269-290.
- Parsons, J. T., Halkitis, P. et al. (2000): Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescent college students. In: *Journal of Adolescence*, 23. S. 377-391.
- Pott, E. (2007): AIDS-Prävention in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. Band 50. S. 422-431. (Heft 4)
- Pro Familia (2010): Ziele und Programme. ‚pro familia‘ Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband. Frankfurt am Main. 4. Auflage 2010.
- Robin, L.; Dittus, P.; Whitaker, D. et al. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: A decade in review. In: *Journal of Adolescent Health*, 34. S.3-26.
- Robert-Koch-Institut (2005): Chlamydien - heimliche Epidemie unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Pressemitteilung vom 31. Oktober 2005 des Robert Koch Instituts.
- Robert-Koch-Institut (2009a): Impfung gegen HPV. In: *Epidemiologisches Bulletin*. August 2009 / Nr. 32. S. 319-328.
- Robert-Koch-Institut (2009b): Chlamydosen (Teil 1): Erkrankungen durch Chlamydia trachomatis. Ratgeber für Ärzte. Aktualisierte Fassung. In: *Epidemiologisches Bulletin*. September 2009 / Nr. 37. S. 369-373.
- Robert-Koch-Institut (2010b): Sechs Jahre STD-Sentinel-Surveillance in Deutschland – Zahlen und Fakten. In: *Epidemiologisches Bulletin*. Januar 2010 / Nr. 3. S. 20-27.
- Robert-Koch-Institut (2010c): Chlamydien im Blickpunkt. In: *Epidemiologisches Bulletin*. August 2010 / Nr. 33. S. 340.
- Robert-Koch-Institut (2010d): HIV/AIDS. In: *Epidemiologisches Bulletin*. November 2010 / Nr. 46. S. 453-459.
- Robert-Koch-Institut (2012): HIV Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. In: *Epidemiologisches Bulletin*. Juli 2012 / Nr. 28. S. 255-275.
- Robert-Koch-Institut (2013): Chlamydia trachomatis – Laborsentinel. In: *Epidemiologisches Bulletin*. November 2013 / Nr. 46. S. 469-468.
- Robin, L.; Dittus, P.; Whitaker et al. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: A decade in review. *Journal of Adolescent Health*. 34. S. 3-26.

- Rosenstock, I.; Strecher, V. et al. (1988): Social Learning Theory and the Health Belief Model. In: Health Education Behavior, 15. S. 175-183.
- Rosenbrock, R. (1986): AIDS kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg. VSA-Verlag.
- Rosenbrock, R. (1992): AIDS, Fragen und Lehren für Public Health. In: Wer oder was ist ‚Public Health‘?. Jahrbuch für kritische Medizin, 18. Argument-Verlag, Hamburg, S. 82-114.
- Rosenbrock, R. (2007): AIDS-Prävention – ein Erfolgsmodell in der Krise. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 50. S. 432-441.
- Rosenbrock, R.; Schaeffer, D.; Moers, M. et. al. (2002): Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa – Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rosenbrock, R.; Schaeffer, D (Hrsg): Die Normalisierung von AIDS. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 23. Edition Sigma, Berlin, S. 11-68.
- Rosenbrock, R; Schmidt, J. (2012): AIDS – Neue Herausforderungen für die soziale und medizinische Prävention. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 55. S. 535-542.
- Roth, M.; Rudert, E.; Petermann, H. (2003): Prävention bei Jugendlichen. In: Jerusalem, M.; Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Hogrefe, Göttingen. S 399-418
- Runkel, G. (2003): Die Sexualität der Gesellschaft. LIT Verlag. Münster.
- Sander, D. (2007): Man kann's therapieren, aber man wird's nie los. Kontexte von HiV-Infektionen bei jüngeren schwulen Männern in Deutschland. Eine qualitativ-empirische Erhebung. Aids-Forum DAH 50. Deutsche Aids-Hilfe e.V. Berlin.
- Sanders, S.; Yarber, W.; Kaufman, E. et al. (2012): Condom use errors and problems: A global view. In: Sexual Health. 2012, 9. S. 81–95.
- Schaalma, H.; Kok, G. and Peters, L. (1993): Determinants of consistent condom use by adolescents: The impact of experience of sexual intercourse. In: Health Education Research, 8. S. 255-269.
- Schaub, H.; Zenke, K. (2000): Wörterbuch Pädagogik. DTV München.
- Schinke, S. P.; Forgey, M. A., and Orlandi, M. (1996): Teenage sexuality. In: Finding solutions to social problems: Behavioral strategies for change. (Hrsg): Mattaini, M. & Thyer, B., American Psychological Association. Washington D.C. S. 267-288.
- Schwarz, N. (1990): Assessing frequency reports of mundane behaviors: Contributions of cognitive psychology to questionnaire construction. In: Research methods in personality and social psychology. (Hrsg.) Hendrick, C.; Clark, MS.. Newbury Park, CA. Sage Publications.

- Schwerdt, G. and West, M. (2012): The Impact of Alternative Grade Configurations on Student Outcomes through Middle and High School. In: Journal of Public Economics, Erscheint in Kürze, Angenommen 2012, Working-Paper Version: http://www.cesifo-group.de/DocDL/cesifo1_wp3530.pdf (15.12.2012)
- Sheeran, P.; Abraham, C.; and Orbell, S. (1999): Psychological correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. In: Psychological Bulletin, 125. S. 90 – 132.
- Sielert, U. (2011) Sexuaufklärung in Deutschland. In: Forum Sexuaufklärung und Familienplanung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. S. 28-32.
- Sielert, U. und Timmermanns, S. (2011): Expertise zur Lebenssituation schwuler und lesbischer Jugendlicher in Deutschland. Eine Sekundäranalyse vorhandener Untersuchungen. Aufgerufen unter: <http://www.sielert.uni-kiel.de/Dokumente/Expertise%20Homosexuelle%20Jugendliche.pdf> (02.01.1013)
- Sniehotta, F. und Schwarzer, R. (2003): Modellierung der Gesundheitsverhaltensänderung. In: Psychologische Gesundheitsförderung: Diagnostik und Prävention. (Hrsg.) Jerusalem, M. & Weber, H. Hogrefe, Göttingen. S. 677-694.
- Der Spiegel 2008: Offensive gegen die Lustseuche. 12/2008.
- Der Spiegel 2010: Urteil im HIV-Prozess. Zwei Jahre auf Bewährung für Nadja Benaissa. Aufgerufen unter <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,713865,00.html> (25. April 2013).
- Staatsanwaltschaft Darmstadt (2010): Anklageerhebung im Fall Nadja B. aufgerufen unter http://www.stadarmstadt.justiz.hessen.de/irj/STA_Darmstadt_Internet?rid=HMdJ_15/STA_Darmstadt_Internet/sub/bf2/bf239485-7d3b-621f-012f-31e2389e4818,,,11111111-2222-3333-4444-100000005003%26overview=true.htm / (30. März 2012)
- Süddeutsche Zeitung (2009): Astrid Bischof (Autor) – Welcome - das neue Leben der Nadja Benaissa. Aufgerufen unter <http://www.sueddeutsche.de/panorama/justiz-haftbefehl-aufgehoben-welcome-das-neue-leben-der-nadja-benaissa-1.87335> (25. Januar 2013).
- Süddeutsche Zeitung (2012): Hannes Vollmuth (Autor) – Reden wir über Sex. aufgerufen unter <http://www.sueddeutsche.de/bildung/aufklaerung-in-der-schule-reden-wir-ueber-sex-1.1537878> (15. August 2013).
- Timmermanns, S.; Truider, E. (2008): Sexualpädagogik der Vielfalt. Praxismethoden zu Identitäten, Beziehungen, Körper und Prävention für Schule und Jugendarbeit. Weinheim und München.
- Töppich, J.; Christiansen, G. (1992): Verhaltensänderung durch Kommunikation. Prävention, 4. S. 133-37.
- Trojan, A.; Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Verlag für Akademische Schriften. Frankfurt am Main.

- Walcott, C.; Landau, S.; Meyers, A. (2007): Adolescent sexual risk behavior and school-based sexually transmitted infection/HIV prevention. In: *Psychology in the Schools*, 45/1, 2008. S. 39-51.
- Warner, L.; Hohmann, C.; Böhmer-Lasthaus, S. et al. (2007): Eine 4-Länderstudie über sexuelles Schutzverhalten bei Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15/3. S. 109-118.
- Weinstein, N. D. (2007): Misleading Tests of Health Behavior Theories. In: *Annals of Behavioral Medicine*, 33. S. 1-10.
- Winter, J. de; Dodou D. (2010): Five-point Likert Items: t-test versus Mann-Whitney-Wilcoxon. In: *Practical Assessment, Research & Evaluation*. Volume 15, Number 11, Oktober, 2010.
- Die Welt (2003): Risikofaktor Liebe. Aids-Berater? Das sind die Leute, die jährlich 2000 Deutschen sagen müssen, dass sie HIV-positiv sind. Und die Zahlen steigen. 01.12.03
- World Health Organisation (1986): Ottawa Charta. Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung. Ottawa Kanada. November 1986.
- World Health Organization (2001): Global Prevalence and Incidence of Selected Sexually Transmitted Diseases. Geneva.
- Die Zeit (2012): Die Angst, Nein zu sagen. Zwischen einvernehmlichem Sex und einer Vergewaltigung liegt eine Grauzone: Warum sich immer noch viele Frauen auf etwas einlassen, was sie nicht wollen. *Zeitmagazin* Nr. 14. 29.3.2012

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland nach Altersgruppen (08/2011). Robert-Koch-Institut.

Abbildung 2: Beurteilung der Vorlesung „Ich finde die Vorlesung gut“; n= 1284.

Abbildung 3: Beurteilung der Vorlesung „Die Vorlesung war interessant“; n=1284.

Abbildung 4: Beurteilung der Vorlesung „Die Informationen waren mir weitgehend neu“; n=1284.

Abbildung 5: Beurteilung der Vorlesung „Ich fand die Bilder zu drastisch“; n=1284.

Abbildung 6: Beurteilung der Vorlesung „Die Bilder fand ich gut, weil ich jetzt weiß, wie die Symptome aussehen, die sonst nie gezeigt werden“; n=1284.

Abbildung 7: Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen zu den drei Erhebungszeitpunkten. N=884.

Abbildung 8: Vergleich Interventions- und Kontrollgruppe – Gesamtwissen zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Abbildung 9: Vergleich Mädchen (N=481) und Jungen (N=403) – Kenntnisse über sexuell übertragbare Infektionen zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Abbildung 10: Vergleich des Wissenszuwachses bei den unterschiedlichen Schularten (Hauptschule N=301; Realschule N=307; Gymnasium N=270; Berufsschule N=138)

Abbildung 11: Vergleich des Wissenszuwachses in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund (Ohne Migrationshintergrund N=951; mit Migrationshintergrund N=65).

Abbildung 12: Bildungsabschluss des Vaters und der Mutter zu den zwei Zeitpunkten. N=838.

Abbildung 13: Vergleich der richtigen Antworten zum Kondomschutz je Risiko zu den drei Zeitpunkten. n=918.

Abbildung 14: Vergleich der richtigen Antworten zu den Körpersignalen zu den drei Zeitpunkten. n=913.

Abbildung 15: Vergleich der richtigen Antworten zu den HIV-übertragenden Flüssigkeiten. n=916.

Abbildung 16: Kenntnisse darüber, dass der HIV-Test erst nach drei Monaten aussagekräftig ist. Vergleich der richtigen Antworten von Jungen und Mädchen zu den drei Zeitpunkten. (Jungen N=412 und Mädchen N=493).

Abbildung 17: Verlauf der Risikoeinschätzung sich mit HIV anzustecken (N=821).

- Abbildung 18: Verlauf der Risikoeinschätzung, sich mit anderen STD anzustecken (N=832).
- Abbildung 19: Absicht, Kondome zu verwenden zu den drei Zeitpunkten mit Faktor Geschlecht (N=858).
- Abbildung 20: Vergleich der präventiven Haltung zu den drei Erhebungszeitpunkten. n=908.
- Abbildung 21: Bereits eine Arztberatung zu Verhütungsmitteln gehabt. Vergleich zwischen den befragten Mädchen und dem bundesweiten Vergleichswert laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010 und den Jungen. Mädchen N=898 und Jungen n=865.
- Abbildung 22: Abfrage der Hepatitis-Impfung bei den gesamten SchülerInnen zum ersten Erhebungszeitpunkt (n=1779).
- Abbildung 23: Abfrage der HPV-Impfung bei allen SchülerInnen zum ersten Erhebungszeitpunkt (n=898).
- Abbildung 24: Bereitschaft zur Kondomnutzung im Freundeskreis – Vergleich erster und dritter Zeitpunkt der Befragung (N=631).
- Abbildung 25: Übersicht der Bejahungen zum HIV-Antikörpertest zu den drei Zeitpunkten (N=649).
- Abbildung 26: Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen. Vergleich Jungen (N=482) und Mädchen(n=586).
- Abbildung 27: Mit wem Jugendliche über Sexualität sprechen. Vergleich Migrationshintergrund. Ohne Migrationshintergrund (N=999) und mit Migrationshintergrund (n=70).
- Abbildung 28: Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung mit HIV oder andere STD sprechen. Aussagen der Jungen (n=485) vor der Vorlesung und zeitverzögert in Prozent.
- Abbildung 29: Mit wem Jugendliche bei Verdacht auf eine Ansteckung mit HIV oder andere STD sprechen. Aussagen der Mädchen (n=578) vor der Vorlesung und zeitverzögert in Prozent.
- Abbildung 30: Geschlechtsverkehr ohne Kondom. n=1781.
- Abbildung 31: SchülerInnen ohne Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr –Vergleich Mädchen und Jungen (N=942).

Abbildung 32: Geschlechtsverkehr ohne Kondom. Vergleich zwischen Jungen (n=388) und Mädchen (n=416).

Abbildung 33: Schon Geschlechtsverkehr gehabt. Vergleich vor der Vorlesung und nach drei Monaten. n=1016.

Abbildung 34: Beziehungsstatus der Jugendlichen zum ersten Zeitpunkt der Befragung. Jungen (n=791) und Mädchen (n=953).

Abbildung 35: Das sogenannte ‚Vernetzungsbild‘. Die Struktur der romantischen und sexuellen Beziehungen an der Jefferson High School (vgl. Bearman et. al. 2004).

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prozentuale Verteilung der Schulart zu den einzelnen Zeitpunkten auf der Grundlage der abgefragten Gesamtkenntnisse.

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung des Alters zu den einzelnen Zeitpunkten. Errechnung mittels der erhobenen Gesamtkenntnisse zu sexuell übertragbaren Infektionen, da diese die größte Fragenanzahl beinhaltet.

Tabelle 3: Prozentuelle Verteilung der Schularten in der Kontrollgruppe.

Tabelle 4: Direkt nach der Vorlesung geführte Interviews.

Tabelle 5: Retrospektive Interviews – Interviews, die 12-16 Wochen nach dem Besuch der Vorlesung geführt wurden

Tabelle 6: Verhältnis der Geschlechter bei der Feedback-Bogen-Erhebung

Tabelle 7: Mittelwerte zum Kenntnisstand zu den drei Erhebungszeitpunkten.

Tabelle 8: Mittelwerte des Kenntnisstands zu sexuell übertragbaren Infektionen zu den drei Erhebungszeitpunkten in Bezug auf das Geschlecht.

Tabelle 9: Mittelwerte der Kenntnisse zu den zwei relevanten Zeitpunkten in Bezug auf die Schulart.

Tabelle 10: Übersicht der SchülerInnen mit Migrationshintergrund.

Tabelle 11: Übersicht zum Bildungsabschluss der Eltern mit den Mittelwerten der Kenntnisse zu den zwei relevanten Zeitpunkten.

Tabelle 12: Kenntnisstand zu sexuell übertragbaren Infektionen in Bezug auf den Bildungsabschluss der Mutter.

Tabelle 13: Übersicht der Mittelwerte zur Kenntnis zum HIV-Antikörpertest zu den drei Erhebungszeitpunkten.

10. Abkürzungsverzeichnis

bzw. beziehungsweise

ebd. ebenda

et al. et altera

etc. et cetera

f. folgende

ff. fortfolgende

Hrsg. Herausgeber

Jg. Jahrgang

I: Interviewer

(I_10-16) Interview-Nr. I; Zeile 10-16

M Mittelwert

N Grundgesamtheit

o. S. ohne Seite

S. Seite

SD Standardabweichung

TU Technische Universität

vgl. vergleiche

z. B. zum Beispiel

11. Anhang

11.1 Feedbackbogen zur Erhebung der Zufriedenheit der SchülerInnen

Welche Schule besuchen Sie? Berufsschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/>					
Klasse:					
	Ich stimme....				
Angaben zum Vortrag	voll zu	teilweise zu	weder zu noch nicht zu	eher nicht zu	gar nicht zu
1. Die Informationen waren interessant_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Informationen waren mir weitgehend neu_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Veranstaltung war zu lang_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Informationen wurden auf einem Verständlichen Niveau vermittelt_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Vortrag war unterhaltsam_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fand die Bilder zu drastisch_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fand die Bilder gut, da sie viele Symptome Veranschaulichen, die sonst nie gezeigt werden_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich fand die Bilder gut, da sie auf mich so abschreckend gewirkt haben, dass ich mir vorgenommen habe, beim Sex vorsichtig zu sein_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Veranstaltung war langweilig_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es war insgesamt zu viel Information in der Zeit_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fand die Veranstaltung gut_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen / Verbesserungsvorschläge / Wünsche (auch auf Rückseite):					

Angaben zum Vortragenden					
1. Der Vortragende konnte gut erklären_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es herrschte eine angenehme Atmosphäre_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Vortragende wirkte kompetent_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der Vortragende ist gut auf die Schüler eingegangen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Vortragende hat Fragen ausführlich beantwortet_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Man hatte keine Hemmungen Fragen zu stellen_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.2 Fragebogen zur Erfassung der Effektivität der Veranstaltung

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre alt

2. Ihr Geschlecht? ☐ weiblich ☐ männlich

3. Wo sind Sie geboren?

☐ in Deutschland ☐ in einem anderen Land und zwar in _____
Seit wie vielen Jahren leben Sie in Deutschland? seit _____ Jahren

4. Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Ihre Eltern?

Mutter

Vater

- Ohne Schulabschluss
- Hauptschul-/Realschulabschluss
- Abitur/Fachabitur
- Fachhochschule/ Universität
- Weiß nicht

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ich habe eine feste Freundin / Ich habe einen festen Freund

☐ Ja ☐ Nein

6. Nutzen Sie das Internet?

☐ Ja ☐ Nein

7. Mit wem sprechen Sie über Sexualität? (Mehrfachantwort möglich)

- ☐ Anonym im Internet
- ☐ Eltern
- ☐ Geschwister
- ☐ Lehrer
- ☐ Arzt
- ☐ Freunde
- ☐ Partnerin / Partnerin
- ☐ Niemandem
- ☐ andere: _____

8. Wie schätzen Sie das Risiko ein, dass man sich in Ihrem Lebensumfeld (Betrieb, Schule, Disco, Verein, ...) mit dem HI-Virus (HIV) infizieren kann?

☐ hohes Risiko ☐ mittleres Risiko ☐ geringes Risiko ☐ kein Risiko
☐ weiß nicht

9. Wie schätzen Sie das Risiko ein, dass man sich in Ihrem Lebensumfeld (Betrieb, Schule, Disco, Verein, ...) mit sexuell übertragbaren Krankheiten infizieren kann?

☐ hohes Risiko ☐ mittleres Risiko ☐ geringes Risiko ☐ kein Risiko
☐ weiß nicht

10. Haben Sie schon einmal daran gedacht einen HIV-Test (Antikörpertest/Aids-Test) zu machen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

11. Wen würden Sie fragen, wenn Sie den Verdacht auf eine Ansteckung (HIV/Geschlechtskrankheit) hätten? (Mehrfachantwort möglich)

- ☐ Beratungsstelle (Hotline, Persönlich)
- ☐ Arzt
- ☐ Anonym im Internet
- ☐ Eltern
- ☐ Freunde
- ☐ Geschwister
- ☐ Lehrer
- ☐ Niemanden
- ☐ Weiß nicht

12. Denken Sie, dass ein Kondom zur Verhütung benutzt werden sollte, wenn das Mädchen die Pille nimmt?

- ☐ Ja immer
- ☐ Ja, wenn beide nicht fest zusammen sind
- ☐ Nein, die Pille reicht aus
- ☐ Weiß nicht
- ☐ anderes: _____

13. Haben Sie ein Kondom bei sich?

- ☐ Ja
- ☐ Nein, ich habe kein Kondom dabei, da...
 - ☐ ...es sonst so aussehen könnte, als ob ich es nur darauf abgesehen hätte, mit jemandem zu schlafen
 - ☐ ...es sonst so aussehen könnte, als ob ich laufend andere Partner hätte
 - ☐ ...ich kein Geld für Kondome habe
 - ☐ ...ich weiß, wann ich Sex habe und mir das gut überlege
 - ☐ ...ich noch nicht über Kondome nachgedacht habe

14. Gehen Sie gerne zum Arzt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

15. Waren Sie schon mal beim Arzt (Frauenarzt, Hausarzt, Hautarzt, Urologe), um sich über Verhütungsmittel (Kondom, Pille, andere Verhütungsmittel) beraten zu lassen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, weil...
 - ☐ ...mich meine Eltern geschickt haben
 - ☐ ...ich Geschlechtsverkehr haben möchte/wollte, oder habe mir die Pille verschreiben lassen
 - ☐ ...Freunde das auch gemacht haben
 - ☐ ...andere Gründe:

16. Sind Sie gegen Hepatitis A/B (Gelbsucht/Leberentzündung) geimpft?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

17. Wenn Sie weiblich sind: Sind Sie gegen die humanen Papillomaviren (HPV), besser bekannt als die Verursacher des Gebärmutterhalskrebs', geimpft ?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Weiß nicht

18. Hatten Sie schon einmal Geschlechtsverkehr ohne Kondom?

- ☐ Ja, weil...
 - ☐ ...keins da war
 - ☐ ...ich/er/sie nicht wollte
 - ☐ ...wir haben es vergessen
 - ☐ ...weil ich in einer Beziehung bin/war
- ☐ Nein, weil...
 - ☐ ...ich hatte noch keinen Geschlechtsverkehr
 - ☐ ...ich habe bisher immer eins benutzt

19. Glauben Sie, dass Ihre Freunde beim Sex...

- ☐ ...immer Kondome benutzen
- ☐ ...meistens Kondome benutzen
- ☐ ...selten Kondome benutzen
- ☐ ...keine Kondome benutzen
- ☐ weiß nicht

20. Ab wann kann man einen so genannten Aids-Test (HIV-Antikörpertest) machen?

- ☐ Gleich nach dem Risikokontakt
- ☐ 2 Wochen nach dem Risikokontakt
- ☐ 3 Monate nach dem Risikokontakt
- ☐ 6 Monate nach dem Risikokontakt
- ☐ Weiß nicht

21. Vor was schützt das Kondom? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Syphilis
- ☐ Herpes Genitalis
- ☐ Schwangerschaft
- ☐ Hepatitis B (Gelbsucht/Leberentzündung)
- ☐ Schnupfen
- ☐ Weiß nicht

**22. Was sind mögliche Signale für eine sexuell übertragbare Krankheit?
(Mehrfachauswahl möglich)**

- ☐ Schmerz beim Wasserlassen
- ☐ Nicht schmerzende Wunde im Mund/Genitalien
- ☐ Hautveränderungen an den Genitalien/After
- ☐ Jucken am Finger
- ☐ Hohes Fieber
- ☐ Weiß nicht

**23. Über welche Körperflüssigkeiten ist eine Ansteckung mit HIV möglich
(Mehrfachauswahl möglich)?**

- ☐ Tränenflüssigkeit
- ☐ Urin
- ☐ Schweiß
- ☐ Sperma
- ☐ Speichel
- ☐ Scheidenflüssigkeit
- ☐ Blut
- ☐ Muttermilch
- ☐ Weiß nicht

11.3 Interview-Leitfaden – Befragung direkt nach der Vorlesung

Soziodemographische Daten

- Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus, Schulart, Jahrgangsstufe

Sexualaufklärung in der Schule

- Was haben Sie in der Schule darüber gehört/gelernt?
- Wie sind Sie in der Klasse damit umgegangen (Verhalten Lehrer/Schüler)?
- Wie wurde das aufgenommen?

Sexualaufklärung

- Wo holt man sich Informationen her, wenn man jung ist?
- Haben Sie das Internet schon mal genutzt, um sich zu informieren? Wenn ja, wie? (gezielt nach Begriffen gesucht, Seiten aufgerufen oder gesurft?)
- Wie gehen die Leute in Ihrem Umfeld mit Sexualität um?

Fragen zur Veranstaltung

- Wie bewerten Sie die Veranstaltung?
- Was ist besonders gut?
- Was ist schlecht/überflüssig?
- Wie finden Sie die Vermittlung durch Dr. Zippel?
- Was gefällt Ihnen am Besten?
- Was haben Sie behalten?
- Was werden Sie wahrscheinlich nicht vergessen?
- Was haben die anderen aus Ihrer Klasse erzählt / gemeint?
- Wie haben Sie die Bilder / die detaillierte Erklärung zur STDs / die direkte Ansprache von Sexualität erlebt?
- Wem würden Sie die Veranstaltung empfehlen?

Einstellung zum Thema HIV und sexuell übertragbare Krankheiten

- Wie wichtig ist das Thema HIV für Sie?
- Wie wichtig ist das Thema sexuell übertragbare Krankheiten für Sie?
- Wie schätzen Sie das Risiko ein? / Wo könnten Sie mit diesen Themen in Berührung kommen? (Fernsehen, Schule, Freizeit, Freundeskreis)
- Wie stehen Sie zu HIV? Wie gehen Sie damit um?
- Was nehmen Sie aus der Veranstaltung mit?

11.4 Interview-Leitfaden – Befragung drei Monate nach der Vorlesung

Soziodemographische Daten

- Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus, Schulart, Jahrgangsstufe

Erinnerung an die Veranstaltung & Veränderungen

- An was denken Sie, wenn Sie sich heute an die Veranstaltung erinnern?
- An was alles erinnern Sie sich noch? Was war am Eindrücklichsten?
- Was finden Sie am wichtigsten, wenn Sie zurückblicken?
- Finden Sie die Veranstaltung effektiv, im Nachhinein?
- Was glauben Sie hat sich bei SchülerInnen verändert, die die Vorlesung besucht haben?
- Änderungen im Umgang mit der Sexualität? Kondomgebrauch?
- Gab es Veränderungen bei Ihnen selbst? Welche? Wenn nicht: Warum glauben sie?
- Was hat sich im Umgang der Thematik HIV was verändert? Bei Ihnen bei Ihren Kollegen. Wenn nicht: Aus welchem Grund glauben Sie nicht?
- Was hat sich im dem Umgang STIs was verändert? Wenn nicht: Aus welchem Grund glauben Sie nicht?
- Was hat sich mit dem Umgang mit Sexualität was verändert? Wenn nicht: Aus welchem Grund glauben Sie nicht?
- Haben Sie in der Zwischenzeit über die Thematik nachgedacht?
- Haben Sie in der Zwischenzeit mit jemandem über die Thematik gesprochen?
- Fühlen Sie sich gut aufgeklärt?
- Wie kompetent fühlen Sie sich im Bezug auf die Thematik?
- Kommunikation mit Beziehungs-/Sexpartner?
- Wie sehen Sie das Wissen über die Thematik HIV/STIs und Sexualverhalten? Wie ist es in potentiellen Risikosituationen? Verändert mehr Wissen das Verhalten?

Einschätzungen

- Wie hoch sehen Sie das Risiko einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten in Ihrem Umfeld an?
- Wie hoch sehen Sie das Risiko einer Ansteckung mit HIV in Ihrem Umfeld an?
- Fühlen Sie sich aufgeklärt?

Zwischenzeitliches Geschehen

- Haben Sie sich Gedanken über Impfungen gemacht seit der Veranstaltung?
- Haben Sie sich noch mal über die Thematik informiert beim Arzt/Beratungsstelle?
- Ist Ihnen die Thematik HIV/STIs noch mal begegnet in der Zwischenzeit?

- Wo würden Sie Sich hinwenden, wenn Sie einen Verdacht auf HIV/STIs hätten?

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich an dieser Stelle herzlich bei den zahlreichen Schülerinnen und Schülern bedanken, die an den verschiedenen Befragungen teilgenommen haben. Zudem gilt mein herzlicher Dank den Lehrkräften, die die Feedback-Bögen und die Wiederholungsbefragung in den Schulen durchgeführt und anschließend den Rückversand veranlasst haben. Nur mit Bereitschaft der Schülerinnen und Schülern und der Unterstützung der Lehrkräfte konnte ich diese Studie umsetzen.

Großer Dank gilt Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. T. Ruzicka für die Überlassung des Themas und die Übernahme der Betreuung.

Mein herzlicher und ganz besonderer Dank gilt Herrn Dr. rer. hum. biol. Stefan Zippel, dessen Präventionsvorlesung der Untersuchungsgegenstand dieser Studie ist. Als Mitbetreuer stand er mir stets mit Rat und Tat zur Seite. Seine geduldige Unterstützung und die Vermittlung der Kontakte zu den jeweiligen Lehrkräften – für die Datenerhebung – verdient an dieser Stelle besondere Erwähnung.

Frau Waltraud Taschner-Kupka danke ich herzlich für ihren hohen Zeitaufwand und die zahlreichen Anregungen und Verbesserungsvorschläge.

Zudem möchte ich mich bei Dr. phil. Annedore Pawlizki und Dr. rer. nat. Alexander Rachel bedanken, die mich bei der statistischen Auswertung unterstützt haben.

Eidesstattliche Versicherung

Kundrath, Kai

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**Frontalunterricht – eine unterschätzte Alternative für die
HIV/STI-Prävention bei Jugendlichen**

**Eine Studie zur Effektivität einer außerschulischen Präventionsmaßnahme
im Setting ‚Hörsaal‘**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorand